Povestiri de psihoterapie românească

Coordonarea volumului

Vasile Dem. Zamfirescu



Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Coperta:
FABER STUDIO (S. Olteanu, B. Hațeganu, D. Dumbrăvician)

Director Producție
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Redactor:
CIPRIAN ȘIULEA

Dtp:
VICTORIA GÂRLAN

Corectură:
SÎNZIANA DOMAN, RODICA PETCU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
Povestiri de psihoterapie românească / Vasile Dem.
Zamfirescu (coord. vol.). - București : Editura Trei, 2009
ISBN 979-973-707-325-0
I. Zamfirescu, Vasile Dem. (coord.)
615.851

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 979-973-707-325-0

Cuprins

Cuvânt înainte

Dinamismul și amploarea dezvoltărilor din domeniul psihologiei și mai ales din cel al psihoterapiei, greu de anticipat înainte de 1989, au luat prin surprindere domeniul editorial. În timp ce numeroasele facultăți de psihologie din București și din țară produc anual câteva mii de absolvenți, editurile care publică sistematic psihologie sunt încă prea puține și necorespunzător calibrate.

Tot astfel, în timp ce asociațiile profesionale ale psihoterapeuților se înmulțesc și-și îmbogățesc activitatea — astăzi principalele orientări din psihoterapia contemporană (psihanaliză, psihoterapie cognitiv-comportamentală, jungiană, adleriană, rogersiană, tranzacțională, umanistă, pozitivă, integrativă etc.) sunt reprezentate în România de una sau mai multe asociații recunoscute de Colegiul Psihologilor —, publicațiile de specialitate, atât traducerile, cât și cele autohtone, nu reflectă corespunzător această realitate.

Publicarea pentru prima dată în cultura română a unui volum cu prezentări de cazuri inedite scrise de reprezentanți ai unor orientări diferite exprimă preocuparea Editurii Trei de a susține continuu și energic dezvoltarea psihoterapiei autohtone.

Îmbucurătoare mi se pare disponibilitatea liderilor unor școli de psihoterapie, care trec drept ireductibil opuse, de a coexista pașnic între coperțile aceleiași cărți, fără ca ecourile acerbelor dispute internaționale să fie deranjant prezente. Mi se pare un gest de normalitate, în condițiile în care toate psihoterapiile au un scop comun (acordarea de ajutor psihic), diferite fiind doar metodele, iar piața de psihoterapie din România fiind, poate pentru câteva decenii de acum înainte, încă puțin acoperită. Invitațiile de colaborare le-am adresat celor mai reprezentativi psihoterapeuți ai momentului — lideri de școală, formatori și supervizori, dar și candidați promițători, toți aparținând asociațiilor și societăților de psihoterapie recunoscute de Colegiul Psihologilor din România. Le mulțumesc celor care au acceptat invitația, regret absența celor care au declinat-o și-mi cer scuze celor care, având ceva de comunicat, nu au fost solicitați.

Desigur, cazurile din volum se adresează psihoterapeuților. Modul de prezentare voit accesibil unei categorii mai cuprinzătoare de cititori nu afectează în niciun fel calitatea științifică a textelor. Atât psihoterapeuții aparținând unor școli diferite, cât și cei din aceeași școală cu unul sau altul dintre autori pot parcurge cu folos volumul vizând a urmări delimitarea sau, dimpotrivă, preluarea de modele.

Una dintre intențiile care au stat la baza inițiativei Editurii Trei, reflectată de titlu, a fost de a atrage atenția nespecialiștilor mai apropiați sau mai îndepărtați de zona psihoterapiei. În primul rând, m-am gândit la studenții facultăților de psihologie și medicină care furnizează majoritatea candidaților la formarea în psihoterapie. Astfel, cazurile prezentate în volum ar putea fi studiate cu folos în seminariile cursurilor de psihoterapie. Dar cum psihoterapia este și unul dintre cele mai pregnante și răspândite fenomene culturale ale lumii contemporane și cum formarea pentru psihoterapie nu exclude persoanele care vin dinspre alte discipline ale omului (pedagogie, filosofie, asistență socială, sociologie, teologie), volumul de față poate fi citit și de consumatorii simpli de narațiune psihoterapeutică sau de aspiranții la fotoliul psihoterapeutului care vin dinspre „științele omului."

Doresc și sper ca acest început să poată fi continuat în viitor cu noi volume de psihoterapie românească în care să se oglindească evoluția domeniului. Propunerile din partea autorilor din acest volum sau ale celor care, din diferite motive, n-au putut colabora vor fi bine-venite.

VASILE DEM. ZAMFIRESCU

AUGUSTIN CAMBOSIE

- Membru al Societății Psihanalitice Române (1990–2000), membru fondator al Asociației Române de Psihoterapie Psihanalitică (1999), psihoterapeut formator și supervizor în ARPP (2000–prezent), membru în bordul EFPP (European Federation of Psyhoanalitic Psychotherapies), președinte al Federației Române de Psihoterapie (1999-2008), vicepreședinte al FRP (2008–prezent)
- Practică privată în psihanaliză și psihoterapie analitică 1973–2000.

Ioana sau narcisismul unei depresii

„Analiza este în primul rând o relație. O relație specială, cu elemente comune din orice alt tip de relație, dar și cu elemente distincte, unice, care o fac să fie o relație specială."
(JEAN-JACQUES MOSCOVICI)

Ioana este o femeie de 40 de ani. Mai degrabă plinuță, nu are, din punctul meu de vedere, foarte multă feminitate. O figură rotundă, ochii mari și cam inexpresivi, sprâncene stufoase și o pieptănătură-coafură care este punctul ei „forte": bogată, tapată și buclată (ceva stil Molière).

Cam după șase luni de analiză m-am întrebat uneori dacă, întâlnind-o pe stradă, as recunoaște-o. Și asta cred că spune mult despre prima parte a relației analitice.

La primul telefon mi-a spus cum se numește și de la cine are numărul meu... și a tăcut. Dintr-o oarecare strategie sau obișnuință, mi-am reținut ușoara iritare și am tăcut și eu. Câteva zeci de secunde nu s-a întâmplat nimic, apoi mi-a spus cu o voce egală că ar dori o întrevedere. I-am fixat o întâlnire și mi-a solicitat multe explicații despre adresă, pe motiv că nu cunoaște bine Bucureștiul. La ora stabilită sosise deja de 60 de minute. Nu

mai știu în ce era îmbrăcată, însă mi-a făcut impresia unei persoane sterse, bătrânicioase. A intrat în cabinet și timp de aproape 20 de minute „și-a căutat locul": a întors fotoliul la 45 de grade (după ce a încercat mai multe variante), a tras draperia, a stins lumina și a aprins o veioză, într-un cuvânt a pus încet, încet stăpânire pe cabinet... și a tăcut. Comportamentul ei vorbea despre o anxietate (sau cel puțin o emoție puternică), dar ceva mă făcea să fiu sceptic. Ceva îmi părea teatral, artificial, iar ca amplitudine, inedit pentru mine. Poate asta m-a făcut să fiu curios și să merg mai departe. Curiozitatea mea era atunci de tipul „să văd până unde poate să ajungă".

În primele întâlniri scenariul s-a repetat aidoma: venea cu mult înainte de ședință, aștepta, intra, reconfigura cabinetul, diminua la maximum lumina... și tăcea. Întâi amuzat, apoi din ce în ce mai agasat, încercam să fiu cât de cât „eficient": puneam întrebări de „rutină" (familie, profesie, istoric, motivații etc.). De obicei nu îmi răspundea; în schimb plângea. Tăcut, fără convulsii, sobru, serios, dar... plângea. Cel puțin jumătate din timpul ședinței. Când eram pe cale să-mi pierd răbdarea mai venea câte un răspuns la o întrebare anterioară (de obicei, mult anterioară). Îmi trebuia ceva timp să înțeleg la care dintre întrebări îmi răspunsese. Devenise clar pentru mine că funcționam în unități de timp diferite și că dacă avea să se întâmple ceva, va fi de lungă durată. Am decis să am răbdare sau poate să mă testez dacă pot suporta o astfel de relație.

Încet, încet, am aflat o poveste șocantă, poveste care s-a inseriat, cât de cât cronologic, foarte greu și care și acum are destule lacune. S-a dovedit însă că nu povestea este elementul cel mai important al analizei.

Ioana este copilul mijlociu într-o familie cu trei copii: un băiat mai mare cu patru ani și o fată cu doi ani mai mică decât Ioana. Fratele, Andrei, nu face parte din lumea ei; a fost amintit de cel mult trei ori, iar când am încercat să insist mi s-a răspuns că nu merită să piardă timpul ședinței vorbind despre el.

De altfel, teama de a nu pierde timpul în ședință este un motiv constant de supărare. Mereu se învinovățește ca a ratat ședința nevorbind sau spunând lucruri neinteresante, sau, uneori, răspunzând întrebărilor mele. Discursul ei nu avea continuitate; la următoarea ședință nu continua șirul istoriei, introducea un cu totul alt subiect, iar după câtva timp revenea la primul subiect de unde îl lasase. Greu de înțeles și de urmărit.

La ceva timp după începerea terapiei a apărut alt aspect inedit pentru mine: mesajele de pe telefonul mobil. De obicei, imediat după ședință (sau a doua zi); toate erau autocritice (cum am mai putut „strica" o ședință, cum se așteaptă de la mine să nu o mai las să procedeze așa, cam despre ce subiecte ar fi trebuit să vorbească). Inițial am fost deranjat de această „inovație" în terapie. Ulterior m-am gândit că, de fapt, este o dovadă a faptului că, într-un fel ciudat pentru mine, relația asta chiar funcționează, că Ioana chiar se simte în relație și că analiza are un spațiu al ei între cele două întâlniri săptămânale.

În rest, era un client destul de conștiincios; nu întârzia și nu lipsea la ședințe (deși locuiește într-un orășel din sudul Olteniei și face cam două ore pe drum până în București). Rarele absențe erau legate mai ales de imposibilitatea de moment a transportului.

Mesajele (mai ales) au introdus încet, încet câteva personaje cruciale în istoria ei de viață: mama și fiica.

Probabil că mama constituie modelul depresiei, dar în mod sigur este un imens motiv de culpabilitate. Mama nu s-a înțeles niciodată cu tatăl (alt personaj cvasiabsent din orice relatare). Ioana nu înțelege cum au reușit să rămână împreună până la moartea acestuia (survenită în urma unei boli incurabile, când Ioana avea 13 ani):

... nu s-au înțeles niciodată. Tatăl era diferit. Mama își dorea mereu mai mult, în special pentru copii, iar el se complăcea în mediocritate și suficiență. Mama a determinat familia să se mute de la țară la oraș, să cumpere o casă, să facă copiii facultate. Nu existau de fapt certuri între ei; numai reproșuri mute și o permanentă stare de nemulțumire. Trăiam tot timpul într-o presiune insuportabilă pentru mine.

Când Ioana avea nouă ani, mama a avut o tentativă de suicid, prin ingestie de medicamente. Și din acel moment totul s-a schimbat, a devenit și mai cenușiu. Tot timpul Ioana a fost convinsă că mama a încercat să se sinucidă din cauza ei, pentru că nu a mulțumit-o suficient, nu a fost cuminte, n-a luat note suficient de mari, de fapt că nu a izbutit „să o bucure" suficient, să îi compenseze tragedia vieții pe care o trăia. Din acel moment între ele nu a mai fost decât tăcere, tot ce venea de la mama ei fiind interpretat de Ioana ca un reproș. Nimic din ce a încercat să facă pentru a-și convinge mama că ea o iubește nu a ajuns la țintă. Apoi s-a instalat o renunțare la luptă, o lipsă de scopuri, o platitudine afectivă, clar depresivă, pe care psihiatrul la care a ajuns la un moment dat (pe la 30 de ani) a tratat-o ca pe o depresie anxioasă. Numai că medicamentele (sau poate statutul de bolnav psihic) o „ajutau" să nu se mai poată da jos din pat, să nu mai poată face nimic, să nu mai aibă chef de nimic. A cochetat de câteva ori și cu ideea suicidului, dar nu a avut nicio tentativă reală.

În urmă cu cinci ani, mama s-a hotărât să mai „moară" o dată. S-a retras într-o mănăstire, suficient de izolată cât să facă vizitele aproape imposibile. Ioana a simțit atunci o revoltă neputincioasă, suficient de puternică pentru a o determina să se ridice din pat și să facă ceva pentru ea. A încercat atunci o psihoterapie pe plan local (nu știu de ce orientare), la care a renunțat după câtva timp pentru că nu se simțea înțeleasă, auzită. La sugestia acelui terapeut a venit în București, la o colegă de-a mea, care i-a sugerat să discute cu mine. Așa ne-am întâlnit.

După ceva timp am aflat „motivul" intrării în terapie:

... trebuie să fac ceva cu mine. Nu atât pentru mine, cât mai ales pentru Maria (fiica Ioanei). Nu pot să o las fără mamă, nu pot să îi fac și ei ce mi s-a întâmplat mie în viață. Tot ce fac acum fac numai pentru ea. Ea merită tot, Măriuca mea.

Discurs foarte mobilizator, dar greu acoperit de fapte (sau măcar în atitudine) la începutul analizei. Sau poate eu am fost prea nerăbdător și acesta era de fapt ritmul ei (?!).

Acum, câte ceva despre Maria. La 19 ani, Ioana a intrat la Facultatea de Filologie din București. Complet debusolată, incapabilă să relaționeze cu profesorii sau colegii, să ajungă la timp la ore, să găsească sălile de curs, să vorbească la seminarii etc. Adică un fiasco total. În acea perioadă de bulversare maximă, întâlnește un coleg mai în vârstă (genul de student „întârziat") cu care are o aventură, la insistențele lui (?!?), în urma căreia Ioana rămâne însărcinată. Paralizată de frică, nu știe ce să facă. Bineînțeles că nu face nimic și o aduce pe lume pe Maria. După ce naște, renunță la facultate, la București și împreună cu Maria se întoarce acasă „la mama", care nu știa nimic nici de facultate... și nici de Maria. Nu are loc nicio discuție, nicio ceartă, niciun

reproș și viața continuă ca și cum nimic nu s-ar fi întâmplat. Își găsește un post de suplinitor în învățământ, iar acasă mama se ocupă de Maria. Ocazional mai apare câte o relație pasageră (tatăl Mariei a dispărut definitiv când Ioana i-a spus că a rămas însărcinată). Parcă una dintre aceste relații a lăsat urme mai mari, ca un regret, dar nimic nu se leagă, nu capătă sens, continuitate și nu o poate desprinde de „acasă", de relația cu mama. Relație fără cuvinte, fără intimitate, dar cu un permanent reproș mut în priviri, în gesturi, în atitudine.

Maria crește mare (a ajuns acum la 14 ani), dar ruptă de Ioana, puțin sălbatică, fără comunicare în relația ei cu mama, fără intimitate, apar conflicte frecvente între ea și Ioana, accese de „insubordonare", crize de personalitate, unele comportamente „marginale" (ocazional alcool, pseudofugi de acasă etc.). Cert este că nu ascultă, nu se „subordonează" Ioanei, îi refuză autoritatea și statutul de mamă. Ioana este debusolată, are o atitudine contradictorie; de la acceptare și blândețe exagerată la crize de orgoliu și opacitate totală. Toate pe fondul exagerării culpabilității. Încă un eșec în viață și poate chiar cel mai important de până acum.

...Nu știu ce să fac, cum să procedez. Instinctul de mamă nu mă ajută... de fapt nici nu cred că există un instinct matern; cred că este ceva învățat, iar eu nu am avut de la cine să învăț asta. Mama nu m-a ajutat, nu a fost niciodată lângă mine... nici acum și nici când eram eu mică. Eu nu am aflat ce înseamnă MAMĂ.

Și totuși, paradoxal parcă, Maria crește oarecum singură. La școală se descurcă chiar bine; are note mari, dar multe absențe. Se îndrăgostește repede și intens (de obicei „via internet"), dar renunță tot atât de repede și se desparte dramatic și intens, trist și irevocabil, fără regrete... și o ia de la început. Dar grija ei fundamentală este să își trăiască viața, cum se pricepe ea, în absența mamei, pe care o ține constant și eficient la distanță de tot ce i se întâmplă și simte.

Revenind la Ioana, un alt fapt semnificativ ar fi că în urmă cu șase ani se căsătorește, fără pasiune, fără dragoste, mai degrabă „așezat", din calcul:

... nu mai puteam să mă descurc singură, iar Mihai (soțul) părea un bărbat sigur. Credeam că o să pot să-l respect măcar, dacă nu să-l iubesc; și să fie bine, în primul rând pentru Maria... să simtă și ea o siguranță, un viitor, un tată.

Înțelege însă repede că Mihai este un mare timid, un retras, un introvertit „fără sentimente". Și relația ia o turnură mai degrabă proastă: nu se înțeleg, urmează discuții și Ioana hotărăște să nu mai facă nimic. Nimic în forma cea mai clară a termenului: nu activități casnice, nu sex, nu serviciu; nimic pur și simplu. Zile întregi nu se dă jos din pat, nu se spală, nu vorbește cu nimeni, îi este silă de propriul corp, se detestă. Depresie adevărată, clinică și invalidantă. Numai că există aici și un mesaj pentru ceilalți: „Uitați unde m-ați adus!". Și mesajul este administrat furios; apar și crize de nervi, irascibilitate, obiecte sparte, haine aruncate pe geam... după care, epuizată, se retrage în pat pentru încă câteva zile. Medicamentele pe care le ia nu o ajută (antidepresive luate ocazional, ca algocalminul), mai mult o irită, o fac să se simtă dependentă, fără control, handicapată. Are nevoie de cineva să o înțeleagă, să o ajute să se înțeleagă, are nevoie de cuvinte, de relație, adică de psihoterapie. Și așa, într-un mod destul de întortocheat, ajunge la mine.

Retrospectiv, relația noastră a avut mai multe faze distincte, în măsura în care acest lucru este posibil.

Începutul a fost dezastruos. Nu exista, cu excepția ritmicității întâlnirilor și a duratei lor, mai nimic care să pledeze

pentru o „alianță terapeutică". Apărea la ședință cu atitudine umilă și continua cu o mare agresivitate. Sau cel puțin asta am simțit eu la început. Mă simțeam agresat de încercarea ei de a modifica cabinetul, de tăcerea pe care o simțeam ostentativă, de „critica" făcută ședinței, ca de obicei, prin mesajul telefonic ce urma ședinței. Am „răbdat" din curiozitate. Și cred că a mai fost ceva: simțeam că avea mare nevoie de mine, că îmi testa inconștient limitele, poate rugându-se să rezist, să nu pot fi distrus, respectiv să nu o mai primesc. Într-un fel ce nu îmi era foarte clar, Ioana era în relație. Altfel decât mi-aș fi dorit eu, altfel decât era „convențional", dar pentru ea era o relație de care avea nevoie și pe care încerca să o conducă așa cum știa ea mai bine: oarecum fără mine „ca realitate", o relație fantasmatică în care mă așeza pe tabla ei de șah, ca pe mama, Maria, Mihai. Și avea grijă să îmi împiedice orice mișcare, să mă blocheze complet ca psihoterapeut, pentru că în mintea ei aș fi putut să o judec, să o critic, să nu o iubesc. Or, Ioana avea nevoie să fie iubită ca atare, necondiționat, fără rezerve. Cu o iubire totală, dincolo de erotism, iubire ușor de distrus de orice element al realității. La toate încercările mele de a interpreta ceva legat de relația noastră, răspunsul imediat era închiderea în sine, o retragere undeva în afara relației, într-o anxietate severă și benefică pentru ea, mult mai acceptabilă (prin obișnuință) decât o schimbare.

A venit însă un moment de genul „totul sau nimic" din partea mea, moment în care i-am spus ce simțeam față de ea; toate scenariile cu care încercam să umplu lipsa informațiilor venite de la ea, toate stările și afectele pe care mi le provoca și prin care m-a făcut să trec. Actul meu a fost resimțit ca fiind foarte agresiv, deși modalitatea în care am făcut-o a fost mai degrabă neutră, fără pasiune și fără tentă de reproș. Pe moment reacția a fost cea obișnuită: plâns tăcut, pe înfundate, mut. După ședință a venit și mesajul obișnuit pe telefonul mobil. Numai că aici, surpriză: ceva se schimbase. Cred că a fost cel mai lung SMS pe care l-am primit. Vizibil scris „cu nerv", cu multe prescurtări ciudate, cu omisiuni de litere sau chiar de cuvinte întregi. Pentru prima dată de când o cunoșteam pe Ioana, am auzit o durere autentică, aproape de disperare. Un strigăt de ajutor formulat fără rezerve. Și o rugăminte imperativă: nu mă părăsi!

Următoarea ședință am așteptat-o altfel. Fără apărarea de până acum. N-a mai trebuit să mă montez ca să suport 45 de minute de disconfort și tensiune. De inutilitate și deprofesionalizare. Aveam totuși două motive de anxietate: oare disperarea ei nu era prea erotică? Nu urma ceva de tipul unui șantaj afectiv? Asta pe de o parte. Pe de altă parte, îmi era oarecum frică de o furtună într-un pahar cu apă. Exista riscul ca, după descărcarea mea și mesajul ei telefonic, lucrurile să revină „la normal". Adică să nu se schimbe nimic.

Dar lucrurile chiar s-au schimbat.

A venit cu totul altfel la ședințe. Parcă aveam în față altă persoană. Hotărâtă, decisă să facă ceva, cu un discurs mult mai coerent și mai ales... cu participare afectivă. De alt tip față de cea cu care mă obișnuise; mult mai nuanțată, mai bogată și mai autentică. Am aflat că Ioana poate să și zâmbească; nu zâmbetul acela „obosit", „în silă" și cu tentă ironică, ci unul autentic. Am aflat că Ioana poate fi spirituală, că poate avea și umor și mai ales că poate fi și autentică. Cred că cea mai importantă schimbare a constat în faptul că a dispărut impresia mea de neautencitate din discursul și atitudinea Ioanei. Și am simțit că avem o relație și că funcționam ca o echipă.

Și în afara terapiei Ioana a schimbat câte ceva în relațiile ei. A „normalizat", cât de cât, relația cu soțul ei. S-a creat un nou tip de relație, un fel „barter" în care Ioana se ocupa de treburile casnice (mai mult decât înainte suna ca un nonsens din moment ce până atunci nu făcea nimic), redusese la maximum „crizele depresive" (și refugierea „la pat"). Nu au mai existat conflicte majore, certuri aprinse, soldate cu pagube în obiecte. Acestea au fost înlocuite cu încercări de discuții, de comunicare (în mare parte puerile, dar totuși încercări). Intimitatea fizică nu a fost regăsită, dar măcar au existat câteva tentative, de unele fiind responsabilă chiar Ioana.

A încercat câteva relații amicale (foste colege de liceu) și a avut chiar inițiativa câtorva întâlniri. A început să iasă din casă, nu exagerat, dar totuși ieșiri: mai un film, mai o plimbare, mai o cafea la o terasă... (nu trebuie să ne imaginăm că a fost o schimbare bruscă, la 180 de grade). Lucrurile au venit treptat uneori, chiar destul de lent ca ritmicitate, dar oricum intrase într-o progresie lentă, însă certă.

Și au mai existat alte două relații importante, cu mama și Maria, în care schimbarea s-a repercutat.

A trebuit să traverseze aproape jumătate de țară ca să ajungă la mănăstirea unde se retrăsese mama sa. Dar a făcut-o. Era cu ocazia unui praznic: lume multă, treabă de făcut. A pus mâna la treabă, a ajutat, s-a comportat ca și cum ar fi fost „de-a casei". Și s-a simțit bine. Spre sfârșitul zilei, când agitația s-a mai domolit, s-a retras cu mama ei și, paralizată de frică, a început să îi vorbească. A vorbit cam două ore fără întrerupere și i-a spus mamei cam tot ce nu îi putuse spune până atunci. A pus în cuvinte toată dragostea și toată ura pe care le acumulase. A golit tot sacul... și s-a simțit ușurată. Cultura monahală, culpabilitatea sau poate structura mamei au determinat-o pe aceasta să nu spună nimic; dar absolut nimic. A tăcut, cu ochii în pământ (pioșenie sau vinovăție?), a condus-o pe Ioana până la poarta mănăstirii, a îmbrățișat-o (trecuseră câțiva ani de la ultima îmbrățișare) și așa s-au despărțit. Pe drumul de întoarcere, în tren, Ioana a început să fumeze (se mai „prostise" puțin demult, pe la sfârșitul liceului). A fost un gest sinonim cu a-și oferi o bucurie, o bucurie de om matur, eliberat de cordonul ombilical. De atunci relația cu mama a devenit „normală": își vorbesc la telefon cam o dată pe săptămână, se mai și văd (destul de rar din cauza distanței — și poate nu numai). A dispărut din atitudinea Ioanei acea încrâncenare de a schimba trecutul, de a-i face pe toți să acționeze reparator în raport cu propria-i istorie.

Nu am putut să nu mă gândesc la faptul că în urmă cu puțin timp avusesem și eu în terapie același tip de reacție. Se terminase bine. Cred că a fost un bun model pentru Ioana. Și ca proces, și ca finalitate. Intruzivă și cam (?) agresivă atitudinea mea, probabil că nici foarte ortodoxă analitic, dar benefică, după mine, mersului terapeutic.

Alt plan important al schimbării îl constituie relația cu Maria. Și aici Ioana a diminuat încrâncenarea. A început să o vadă pe Maria așa cum era de fapt: un copil debusolat, care încearcă să atragă asupra ei privirea goală (de sens) a mamei. Mama care bascula mereu între a se simți în relație, ca ea însăși pe când era copil sau ca propria-i mamă. Furtuna de afecte din această contradicție o împiedica să vadă, să audă strigătul mut (deși nu întotdeauna mut) al Mariei. Ioana, mult prea preocupată de interiorul propriu, nu mai avea contacte reale cu lumea exterioară. A început să fie prezentă în lumea Mariei: s-a dus la școală și

a discutat cu diriginta Mariei despre situația ei școlară (nu mai fusese din clasa întâi, din prima zi de școală), despre aptitudinile ei (Maria era în anul de dinaintea admiterii la liceu). A avut discuții cu Maria la ce liceu vrea să învețe, ce-i place să mănânce, de cine mai este îndrăgostită etc. Nu întotdeauna izbutește să fie și interesată, în schimb izbutește să dea impresia asta, să nu-și piardă răbdarea, într-un fel (al Ioanei) să fie acolo, prezentă în relație. Poate e mult spus că cele două, mama și fiica, au o relație bună în prezent (este mult loc de mai bine), însă acum putem vorbi de o relație, de „ceva" în care sunt două persoane, de ceva cu o anume dinamică, de ceva nou (ce iese dintr-o repetiție). Și asta cred că este de bine.

În mintea Ioanei, schimbarea trebuie să aibă două priorități: Maria și serviciul. Prioritățile erau legate între ele: întâi trebuia ca Maria să intre la liceu, să devină mai independentă, astfel ca Ioana, eliberată, să poata să-și caute și chiar să-și găsească o slujbă, o sursă de venit proprie pentru ea și Maria. Suna ca un plan, ca o anticipare a unui viitor, fapt cu totul și cu totul nou pentru Ioana.

A găsit un liceu „mai special", a convins-o pe Maria să dea admitere aici și Maria a intrat printre primii. „Specialul" liceului consta în faptul că este cu internat (obligatoriu), iar Maria este liberă doar în vacanțe. Dacă mai luăm în calcul că, prin natură și mod de funcționare, respectivul liceu funcționează și ca autoritate (chiar destul de autoritară) și că asta i-a lipsit Mariei, lucrurile sunt cât se poate de bine gândite.

Prima etapa fiind rezolvată, a început să-și caute serviciu, și nu orice serviciu, ci unul bine plătit (greu de găsit, ținând cont de CV-ul subțire al Ioanei). Numai că pentru asta era dispusă să facă (aproape) orice sacrificiu. A cochetat o vreme cu ideea de a

pleca la muncă în străinătate. A renunțat, realist, la idee, de frica de a nu se putea adapta. Și poate și a singurătății, izolării.

A găsit, după mai multe încercări, un post de „bonă" internă. Salariul este mulțumitor, condițiile sunt bune, familia îi place, copilul (o fetiță) este adorabil. Are liber numai sâmbăta și duminica, cam 24 de ore, când dă fuga acasă și la liceu, la Maria (în vizită). Și din când în când la mănăstire, la mama. Familia respectivă locuiește în București și chiar și asta face parte din plan:

... trebuie să rezist așa până termină Maria liceul. După care trebuie să ne mutăm la București, să-mi găsesc un serviciu mai lejer ca timp și să mă ocup de facultatea Mariei. Trebuie să am grijă de ea, să facă o facultate, să fiu lângă ea. Sper să mă poată ierta pentru lipsa mea, atâta timp, de lângă ea. Dacă Mihai (soțul) vrea să ne urmeze, bine, dacă nu ... Viața trebuie să meargă înainte!

Sigur că și aici putem vorbi de o repetiție. Mama Ioanei „a avansat" de la țară la oraș. După care aripile s-au frânt definitiv. S-a cristalizat depresia, tentativa de suicid și tot restul. Ioana își asuma filiația (cu speranța că nu o să și-o asume în întregime), iar pentru moment lucrurile par a fi intrat pe un făgaș normal.

Inconvenientul major resimțit de Ioana constă însă în faptul că, odată cu începutul serviciului, ședințele noastre ar trebui întrerupte. Programul nu îi mai permite libertăți decât în weekenduri, iar atunci eu nu lucrez la cabinet. Mare anxietate, dar de data asta și multă speranță. Este (deocamdată) foarte motivată să revină în terapie când ecuația de viață îi va permite acest lucru. Consideră, unilateral, că poate beneficia de acceptul meu de a mă suna când are probleme „grave" și nevoie de ajutor (probabil un sfat). Din fericire, până acum nu s-a ivit o astfel de situație. Am primit câteva mesaje „de control" în care îmi spunea că lucrurile merg bine pe toate planurile. Mă liniștește, în felul ei, și încearcă

să păstreze legătura, să-și întrețină o relație în real, în caz că... Cred că este mai bine așa, chiar dacă, pentru moment, se păstrează situația de dependență.

Prezentarea de față nu este completă, din lipsă de spațiu și din necesități ce țin de logica discursului. Lipsesc multe aspecte, unele poate importante în economia cazului. Mai există planuri importante ce nu au fost nici măcar schițate: tatăl, sora, fratele și poate câteva imagini masculine interferate prin viața Ioanei. Dar cum spuneam mai devreme, nu povestea Ioanei este cel mai important element al analizei Ioanei. Am surprins aici tipuri de relație, cele mai multe marcate de un soi de „repetiție de destin". Caracterizate prin insatisfacții, tensiuni, așteptări, frustrări ... și eșecuri. Neputința de a ieși dintr-o astfel de predeterminare a fost urmată de un fel de „bucurie" a nefericirii. Și Ioana a găsit imediat modalitatea de a folosi această situație: ceilalți sunt de vină că s-a ajuns aici și, în consecință, trebuia să plătească. Și toată lumea avea grijă să nu schimbe nimic din acest model. Poate doar Maria, în revolta adolescenței, a încercat să schimbe câte ceva. Dar încercarea ei de individualizare, de desprindere, a venit poate puțin prea devreme, când nu era încă suficient de pregătită (matură). Și uneori a greșit, sărind peste cal. Dar poate ăsta a fost și elementul care a făcut-o pe Ioana să schimbe ceva, clopoțelul de alarmă care a trezit-o.

Multă vreme, tendința ei de „a amenaja" cabinetul m-a enervat. Simțeam asta ca pe o mare agresivitate la adresa mea. Și mai simțeam că totul se joacă între noi. Dar oare de ce în acest fel? De ce numai așa? M-am gândit la un moment dat că totul începe să semene cu un „mise-en-place". Încerca să își creeze o ambianță de confort maxim. Și de siguranță maximă. Ceva ca în uterul matern: călduț, protejat, întunecos. Asta se aștepta să îi ofer eu ca relație: siguranța. Și nu numai atât. Ci și șansa unei noi nașteri, a unui nou început. Nu de sfaturi avea nevoie, ci de o relație care să îi permită să reînceapă viața ALTFEL. Confort și siguranță. Adică nu minciună. Și fuga mamei din relație, și ascunderea în spatele depresiei erau un fel de minciună. Tot minciună putea fi socotită de Ioana și atitudinea mea. Cât de neautentică trebuie să fi ajuns până la ea diferența dintre enervarea mea interioară și aparentul calm exterior. Inconștientul ei trebuie să fi simțit asta în același registru al nesiguranței, generată de minciună. Fără să vreau, procedam exact ca mama: eram nemulțumit de Ioana și nu puneam asta în cuvinte. „Momentul adevărului" a venit ca o ușurare pentru amândoi, nu numai pentru mine. Ioana a avut în față realitatea unei relații care nu i-a mai permis să fantasmeze. Nu i-a mai permis, poate, să aștepte și să nu primească, să spere și să se simtă înșelată în speranțe. A trebuit să ia lucrurile așa cum sunt, cu bune și rele. Ca pe o relație ce nu depinde numai de ea, dar în care este parte componentă, activă. Și în care Ioana contează.

Ar fi putut să plece, să întrerupă terapia. Să se protejeze în repetiție și să se ascundă după simptom. Dar de data asta nu a făcut-o. Probabil că a simțit că are o datorie fața de Maria. Sau poate chiar față de ea. Cert este că a știut să profite de relația analitică și să inițieze schimbarea. Nu perfect, nu total, nu brusc. Doar altfel. Adică într-un mod ce poate fi perfecționat, adaptat, eficientizat. Adică un spațiu de libertate. Resimțit cu multă anxietate, dar până la urmă asumat. Și cred că ăsta este esențialul.

ION DAFINOIU

- Formări în psihoterapie: hipnoză clinică și terapie ericksoniană, terapie cognitiv comportamentală, terapii scurte
- 30 de ani de experiență în psihoterapie
- Formator și supervizor în Asociația Română de Hipnoză Clinică, Relaxare și Terapie Ericksoniană
- Deviza personală ca psihoterapeut:
  Doar împreună vom fi puternici.

Corpul tău știe

Hipnoza centrată pe soluții

Intervențiile psihologice utilizate în terapia bruxismului[1] sunt în strânsă legătură cu teoriile care au propus diverse explicații ale acestei tulburări: interpretările psihanalitice văd bruxismul ca expresie a unei agresivități reprimate sau ca o reacție de conversie a unei anxietăți mascate, alți autori subliniază rolul inconștientului și stresului. Fără a se putea stabili relații cauzale, alți autori[2] afirmă rolul important al unor trăsături de personalitate și al strategiilor de coping în etiologia bruxismului. Aceste explicații au condus la intervenții psihoterapeutice care, în afara hipnozei sau împreună cu aceasta, conțin abordări psihodinamice și

1 Conform Clasificării Internaționale a Tulburărilor de Somn (International Classification of Sleep Disorders — ICSD), bruxismul nocturn este o parasomnie (adică un fenomen fizic indezirabil care se manifestă în timpul somnului) caracterizată printr-o tulburare de mișcare stereotipă de scrâșnire și măcinare a dinților în timpul somnului. În ICD-10, bruxismul este menționat în capitolul F, „Tulburări mintale și comportamentale", la F 45.8, „Alte tulburări somatoforme". Între efectele bruxismului nocturn menționăm distrugerea dinților, disfuncție temporo-mandibulară (dureri ale fălcilor, limitarea mobilității maxilarului), rareori dureri de cap și, nu în ultimul rând, tulburări de somn la partenerii de pat.

2 Glaros, A. G., St. M. Rao (1977). Bruxism: A Critical Review. *Psychological Bulletin*, 84 (4), 767-781.

cognitiv-comportamentale. În ciuda diversității de opinii privind abordarea psihoterapeutică a bruxismului, există un anume consens privind resursele hipnozei în terapia acestei tulburări. Consensul are la bază posibilitățile hipnozei de a induce o relaxare rapidă și profundă, precum și de a acționa asupra unor procese inconștiente relaționate cu bruxismul.

Terapia ericksoniană subliniază ideea că fiecare persoană are resursele și aptitudinile necesare rezolvării problemelor sale. Adoptând o perspectivă paradoxală, M. Erickson le spunea deseori pacienților săi în timpul transei: „Există lucruri pe care le știți, dar nu știți că le știți. Când veți ști ceea ce nu știți că știți, vă veți schimba". Acest tip de formulare provoacă pacientul să caute în el însuși resursele necesare schimbării așteptate. Hipnoza centrată pe soluții (O'Hanlon & Martin,1992, O'Hanlon & Weiner-Davis, 1995) este o strategie care exprimă cel mai bine acest principiu ericksonian. Cazul clinic prezentat în acest studiu este o ilustrare a felului în care hipnoza centrată pe soluții[3] poate fi utilizată în terapia bruxismului.

Pacienta, în vârstă de 27 ani, a participat la o ședință de psihoterapie demonstrativă realizată în fața unor psihologi și medici participanți la un curs de psihoterapie, având ca obiectiv vindecarea de bruxism. Simptomul se instalase cu câțiva ani înainte și singura soluție oferită de un medic stomatolog era aceea de a introduce în timpul nopții în gură un dispozitiv din

3 „Obiectivul hipnozei centrate pe soluții nu este acela de a-i determina pe pacienți să-și exploreze partea refulată a memoriei, nici de a trata evenimentele traumatizante ale trecutului, nici de a-i programa cu credințe noi și pozitive. Dimpotrivă, obiectivul ei este de a stimula și utiliza procesele inconștiente, amintirile și experiențele, pentru a rezolva problema și a crea o așteptare a schimbării" (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1995, *L'Orientation vers les solutions*. Bruxelles: Satas, p. 172).

gută (*gutieră*) care să împiedice contactul traumatizant al dinților. Cea mai mare parte a intervenției a fost înregistrată audio-video, la inițiativa pacientei. Dezvoltarea unei strategii terapeutice a fost îngreunată de lipsa oricărei informații anterioare intervenției terapeutice despre pacientă și problemele ei. Intervenția terapeutică a durat aproximativ 90 de minute. În următoarele zile, pacienta m-a contactat de câteva ori telefonic, confirmând dispariția simptomului. După mai mult de șase luni, când am intrat în posesia înregistrării, pacienta a reconfirmat dispariția simptomului și lipsa oricărei recidive.

Urmând modelul *clasă de probleme/clasă de soluții*[4], am dezvoltat următorul plan de intervenție terapeutică:

1. *Identificarea clasei de probleme*[5]. La întrebarea *Cum anume produce pacienta simptomul* mi-am răspuns: prin incapacitatea de a menține un echilibru tonico-clonic între încordare și relaxare, al mușchilor maseteri.

2. *Identificarea clasei de soluții*[6]. Mi-am propus ca în cadrul interviului preliminar transei hipnotice să identific cât mai multe situații în care pacienta dovedește că poate realiza activități

4 O'Hanlon & Martin, 1992, *Solution-Oriented Hypnosis*. New York, London: Norton, p. 131

5 *Clasa de probleme* este alcătuită din toate problemele potențiale care au la bază aceleași procese psihocomportamentale. Pentru identificarea acesteia terapeutul trebuie să-și pună următoarea întrebare: *Cum anume pacientul produce simptomul (problema)?* Evident, întrebarea are un caracter oarecum paradoxal deoarece simptomul este o manifestare inconștientă și involuntară, dar ea ne ajută să ne atingem obiectivul menționat.

6 Aceasta este alcătuită din totalitatea situațiilor, experiențelor în care pacientul dovedește că se comportă într-o manieră adaptativă, neactivând procesele psihocomportamentale identificate în etapa anterioară, care pot genera probleme. Întrebarea generală pe care trebuie să și-o pună terapeutul este: *În ce situații pacientul dovedește că are resursele necesare rezolvării problemei (simptomului)?*

eficiente și plăcute, dezvoltând un bun echilibru între încordarea unor mușchi și relaxarea altora.

3. *Evocarea resurselor*[7] *și transferul acestora la situația-problemă*[8] urmau să fie realizate în timpul transei hipnotice.

În continuare voi prezenta câteva fragmente semnificative din interviul realizat cu pacienta, în care mi-am propus să explorez resursele care ar putea alcătui clasa de soluții, din inducția hipnotică și din programul terapeutic asociat transei.

T.: ...Ca să fim mai clari, faptul că ți se încordează mușchii este doar o presupoziție pe care o faci tu pornind de la ideea că atunci când te scoli te dor dinții și ei nu pot să te doară decât din cauza faptului că în timpul somnului încordezi puternic mușchii maxilarelor... (Formularea problemei *și a soluțiilor încercate anterior.*)

P.: ...Da, și este ceva care oricum îi deranjează pe cei din jur, se aude foarte tare scrâșnitul din dinți și, acum, dentistul mi-a spus că este o problemă, îmi tocesc foarte mult dinții și de aceea am și un aparat, o gutieră pe care o folosesc în fiecare noapte și aș vrea să scap de această problemă.

T.: Și ai vrea să scapi de gutieră...

P.: Da, de gutieră, de bruxism, de tot ce înseamnă a scrâșni din dinți...

7 *Evocarea acestor resurse* utilizând întrebări directe, metafore, analogii, fenomene intrahipnotice etc.

8 De cele mai multe ori transferul este realizat de pacient în mod inconștient, deoarece acesta are tendința inconștientă de a relaționa întregul comportament al terapeutului, întrebările acestuia, cu problema sa. Transferul poate fi realizat și în timpul transei, prin utilizarea unor sugestii directe sau indirecte, ori în afara transei, cu ajutorul unor prescripții terapeutice.

T.: Ți s-a întâmplat să ți se povestească faptul că uneori nu ai scrâșnit din dinți, că nu ai avut astfel de manifestări, sau ai avut dimineți în care te-ai sculat bine, fără să fi avut astfel de probleme? (*Identificarea excepțiilor este o etapă importantă în terapia centrată pe soluții.*)

P.: ...Probabil au fost astfel de situații pe care nu le-am băgat în seamă; observ mai ales situațiile în care astfel de lucruri se întâmplă, mi se spune ca am scrâșnit dinții, mă trezesc cu dureri... (*Pacienta rămâne focalizată asupra problemei.*)

T.: Și de când ți se spune acest lucru sau de când ai simțit tu dureri?

P.: Probabil că-mi voi răspunde singură la aceste întrebări... Mi s-a spus când am dormit pentru prima oară cu cineva în pat... După ce m-am desprins cumva de părinți, ca să spun așa...

T.: Și s-a speriat!

P.: Nu s-a speriat, dar mi-a spus, pur și simplu, că am scrâșnit foarte tare din dinți și era o senzație neplăcută (*Aspectele interpersonale ale problemei. Deseori ele sunt o sursă importantă de stimulare a motivației de participare a pacientului la psihoterapie.*)

T.: În timpul zilei te simți bine, relaxată... (*Întrebare orientată către resursele pacientului.*)

P.: Da.

....

...

T.: Sunt activități pe care făcându-le uiți cum trece timpul... ești atât de mult absorbită... (*Orientarea generală a pacientei către transele cotidiene în care pacientul are acces la resursele inconștiente.*)

P.: Da, sunt, sunt astfel de momente...

T.: Ce-ți place să faci cel mai mult? (*Identificarea unei experiențe-resursă specifice.*)

P.: Unele dintre activitățile care mi-au răpit noțiunea de timp au fost călăria, echitația, lucrul cu animalul, cu calul...

T.: Cum reușești să te menții în șa?

P.: Cu grijă.

T.: Cu grijă!

P.: Cum am fost învățată... cu ajutorul mușchilor...

T.: Și încordezi toți mușchii?

P.: Nu toți...

T.: Și cum știi care mușchi să-i încordezi și care să-i relaxezi?

P.: Instinctiv, cred...

T.: Poți să-mi dai un exemplu de câțiva mușchi care sigur sunt relaxați atunci când călărești?

P.: Care sigur sunt relaxați?! Nu, nu m-am gândit niciodată la asta...

T.: Nu te-ai gândit?

P.: Nu m-am gândit... (*zâmbește*)

T.: Dar corpul tău știe deja cum să facă asta singur, cum să încordeze, cât să încordeze... (*Formularea unei sugestii generale referitoare la resursele inconștiente, la care pacienta răspunde într-o manieră specifică „unde să apese, cât să apese".*)

P.: Unde să apese, cât să apese...

....
...

T.: Da... Ce lucrezi? (*Explorarea posibilității ca stresul determinat de serviciu să fie una dintre cauzele problemei.*)

P.: Sunt manager de proiect (*oftează*) într-o firmă de construcții...

T.: Și te simți bine la serviciu?

P.: Da. Atunci când am succes... da.

T.: Și ai succes?

P.: În principiu, da.

T.: Scrii?

P.: De mână... nu. A fost o vreme când scriam de mână, dar acum, nu.

T.: Când scriai aveai probleme cu scrisul? Aveai un scris frumos, colțuros...?

P.: Ordonat... rotund...

T.: Asta presupune o bună coordonare a mușchilor. Cum ai reușit asta?

P.: Nu cred că am făcut asta intenționat. (*Evidențierea controlului inconștient al mușchilor — o altă resursă.*)

T.: Lucrurile astea le-ai învățat... Îți amintești dacă la început, când învățai să scrii, ai avut probleme?

P.: Da, îmi amintesc că mama mi-a rupt de câteva ori paginile de la caiet.

T.: Probabil că atunci mușchii nu prea știau ce și cum...

P.: Da, da...

T.: Și apăsai atât de puternic, încât...

P.: ...Creionul ieșea pe partea cealaltă...

T.: Dar cu timpul mușchii au învățat...

P.: Da, au învățat. (*Evidențierea altei experiențe-resursă: coordonarea mușchilor pentru realizarea scrisului.*)

....
...

T.: Ți se întâmplă ca atunci când ești foarte concentrată să faci ceva să te surprinzi că îți încordezi mușchii feței?

P.: Mi se întâmplă ca atunci când sunt foarte concentrată să fac ceva să-mi miros mâinile.

T.: Și de când ai descoperit...? Probabil că-ți folosește la ceva.

P.: Da, mă ajută să mă concentrez, cred... Deja cred că s-a format un reflex care trebuie corectat.

T.: De ce să fie corectat dacă te ajută, doar dacă ai mirosi ambele mâini (*în același timp*) când conduci automobilul... Eu am văzut oameni care atunci când sunt foarte concentrați fac... ce fac?

P.: Unii scot limba, alții se strâmbă... își mușcă buzele...

T.: Da... dar tu nu faci asta.

P.: Nu, nu cred...

T.: Cum reușești să nu faci asta?

P.: Pur și simplu... nu știu. (*O nouă resursă: corpul știe ceea ce mintea inconștientă nu știe.*)

....

...

T.: Îți place să dansezi?

P.: Cred că da... Adică nu cred... sigur da.

T.: Și corpul reușește să se miște astfel încât să te simți bine?

P.: Da.

....

...

T.: Ți-ai pus întrebarea cum reușește corpul tău să coordoneze atâția mușchi? (*Întrebarea conține presupoziția existenței capacității inconștiente de coordonare a mușchilor corpului.*)

P.: Nu.

....

...

T.: OK. De câte ori ar trebui să ne întâlnim pentru a rezolva această problemă? (*Întrebarea, specifică interviului centrat pe soluții, explorează expectațiile pacientei cu privire la eficiența terapiei, care pot deveni predicții ce se autoîmplinesc.*)

P.: Eu sper să rezolv acum, sper să reușesc...

T.: Da... Fiecare este o persoană unică, fiecare are ritmul lui... ai observat că unii învață să danseze rapid, de parcă ar fi avut „dansul în sânge"... cum se spune, în timp ce alții... mai greu... Iar terapia este în bună măsură un proces de dezvățare–reînvățare... (*Predicția foarte optimistă mă determină să subliniez, într-o manieră indirectă, responsabilitatea pacientei în realizarea schimbării — ...fiecare are ritmul lui...".*) Ce-ar trebui să se întâmple la noapte sau în nopțile următoare pentru a avea credința că ai scăpat de această problemă?

P.: Pentru a fi sigură că...

T.: Da, pentru a fi sigură.

P.: Să nu mă trezesc dimineața cu simptomul... cu senzația că am strâns din dinți... eventual o persoană care doarme alături de mine să-mi spună că nu am mai avut astfel de probleme...

T.: După această ședință, atunci când te vei trezi dimineața, când vei recepta semnalele unei stări de confort, înainte de a deschide ochii sau după ce-i vei deschide? (*Dublă legătură: indiferent de răspuns, pacientul afirmă că schimbarea se va produce.*)

P.: După ce voi deschide ochii...

T.: După ce vei deschide ochii... Cred că ai dreptate, pentru că înainte de a deschide ochii simțurile noastre sunt orientate către exterior, fapt care ne asigură un sentiment de securitate, abia după aceea ne preocupă și persoana noastră, aruncăm o privire și asupra noastră înșine... Deci ești sigură că după ce vei deschide ochii... OK. Ai mai fost vreodată hipnotizată până acum? (*Ratificarea răspunsului care exprimă angajarea inconștientă a pacientei în realizarea schimbării terapeutice și explorarea credințelor acesteia despre hipnoză.*)

P.: Nu.

T.: Ai văzut pe cineva care a fost hipnotizat?

P.: Da, la televizor...

T.: Și ce crezi că vei observa în filmul pe care îl facem acum, după ce eu voi fi terminat de indus o transă?

P.: Nu am nici cea mai mică idee...

T.: Dar la televizor cum ți-ai dat seama că persoana respectivă era în transă?

P.: După faptul că... nu știu... asta înseamnă transă, așa mi s-a spus... s-a explicat că așa arată o transă, așa arată un om hipnotizat...

T.: Și cum arată un om hipnotizat?

P.: Un om care stă cu ochii închiși și care răspunde la unele întrebări, cumva involuntar sau inconștient... așa îmi închipui eu... (*Credința că în timpul transei oamenii pot comunica informații intime, pe care în stare de veghe nu le-ar comunica, este un obstacol frecvent în inducția transei.*)

T.: Da. Eu nu îți voi pune întrebări... pentru că dacă voi dori să am unele răspunsuri, îți voi pune întrebările după ce vei ieși din transă. Deseori, omenii au la ieșirea din transă aceeași senzație pe care o au când ies din somn. Deși știu că au visat, încercând să toarne în cuvinte conținutul visului, au sentimentul că imaginile se risipesc... așa ți se întâmplă și ție când te trezești din somn, sau te încăpățânezi să afli ce ai visat? (*Securizarea pacientei și explorarea capacității pacientei de a produce amnezii posthipnotice prin formularea unei sugestii indirecte în acest sens.*)

P.: Nu, nu mă încăpățânez... mi se întâmplă să-mi amintesc visele după câteva ore... Alteori mi se întâmplă să mă trezesc în timpul unui vis, să adorm la loc și să-mi continui visul.

T.: Ți se întâmplă să citești o carte sau să vezi un film și să trăiești atât de intens acțiunea cărții sau filmului încât să uiți cum trece timpul... și din spectator să devii actor, pur și simplu... (*Explorarea capacității de a produce transe diurne.*)

P.: Da.

T.: Adică să trăiești atât de intens alături de eroul respectiv, să te bucuri alături de el, să te întristezi alături de el.

P.: Da.

T.: Eu îți pun aceste întrebări deoarece pentru mine aceste experiențe sunt transe diurne, transe pe care fiecare dintre noi le trăiește; ai momente în care visezi cu ochii deschiși, lași gândurile să zboare aiurea...

P.: Da.

T.: Vezi, în timp ce o parte din tine controlează minimal ce se întâmplă în jur, o altă parte din tine este în cu totul alt loc...

P.: Zboară...

T.: Da, zboară... Transa clinică nu face altceva decât să valorifice aceste disponibilități ale ființei umane, iar multe dintre fenomenele intrahipnotice nu sunt altceva decât rezultatul unei provocări sistematice de către terapeut a acestor procese care se manifestă și în viața de zi cu zi și pe care le orientează către un obiectiv terapeutic.

Urmează **convertirea pacientei la doctrina inconștientului,** prin invocarea unor situații cotidiene în care manifestările minții inconștiente sunt evidente.[9] Concluzia cu care se finalizează acest proces este că transa permite regăsirea înțelepciunii corpului, care se manifestă în multe situații chiar fără să ne dăm seama.

[9] Dafinoiu, I., J.L. Vargha (2003, 2007) *Hipnoza clinică*, Iași: Polirom, p. 134.

DANIEL DAVID

- Formare completă în psihoterapii cognitive și comportamentale și hipnoterapie
- Formare în psihoterapii dinamic-psihanalitice (partea introductivă focalizată pe terapii dinamice de scurtă durată); formare în psihoterapii umanist-existențial-experiențiale (partea introductivă focalizată pe terapie rogersiană și logoterapie)
- Președintele Asociației de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale din România, formator-supervizor la Academy of Cognitive Therapy, SUA, formator-supervizor la Albert Ellis Institute, SUA
- 11 ani de experiență în psihoterapie
- Deviza personală ca psihoterapeut:
  Fii Inteligent și schimbă ceea ce se poate schimba, Fii Puternic și acceptă ceea ce nu poți încă schimba și Fii Înțelept să faci diferența între cele două situații.

Cazul Chucky — păpușa agresivă

O abordare cognitiv-comportamentală

I. Introducere

Cazul Chucky este o combinație de mai multe cazuri reale, combinație făcută cu scop didactic și clinic. Așadar, toate activitățile descrise aici sunt reale, deși cazul în sine este o construcție. Numele de Chucky a fost ales de unul dintre pacienți, după personajul din filmul cu același nume, pentru a exprima cel mai bine stările sale psihologice patologice de agresivitate și furie orientate asupra echipei terapeutice, stări care au marcat procesul terapeutic descris aici.

Am ales acest caz având în minte două scopuri: (1) să prezint un demers tipic de psihoterapie cognitiv-comportamentală și (2) să îl ilustrez printr-un caz atipic, dificil, cu impact atât pentru psihoterapeuții aflați în formare, cât și pentru cei cu experiență.

Prezentarea cazului va fi făcută urmând componentele anatomiei intervenției psihoterapeutice (vezi David, 2006 a[1]; 2006 b)[2]:

---

1 David, D. (2006 a). *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale.* Editura Polirom, Iași.
2 David, D. (2006 b). *Psihologie clinică și psihoterapie; Fundamente.* Editura Polirom, Iași.

(1) psihodiagnostic și evaluare clinică; (2) conceptualizarea clinică a cazului; (3) strategia de intervenție (tehnicile utilizate); toate desfășurate în cadrul (4) relației psihoterapeutice.

Pentru a surprinde mai bine cazul, vom prezenta alternativ atât perspectiva psihoterapeutului (DD), cât și a pacientului (numit aici metaforic Chucky), așa cum a fost ea descrisă de acesta după ameliorarea condiției clinice. Acest model de prezentare, în premieră după cunoștințele noastre, poate avea funcție didactică fundamentală, cititorul urmărind simultan atât punctul de vedere și modul de gândire ale profesionistului cât și ale pacientului, elementele de suprapunere și diferențiere dintre acestea având valoare informativă pentru viitorii psihoterapeuți.

II. Psihodiagnostic și evaluare clinică

II. 1. Perspectiva psihoterapeutului

Ședința 1

În prima ședință mi-am propus câteva obiective importante:

1. să-mi fac o idee generală despre problemele pacientului. Nu doream să intru în detalii, ci să am o perspectivă globală la un nivel mediu de adâncime a analizei, care să-mi ghideze apoi intervenția în următoarele ședințe (dacă pacientul va considera că este cazul să le urmeze);
2. să fac educarea pacientului privind boala/ tulburarea;
3. să fac educarea privind intervenția psihologică (psihoterapia);
4. să normalizez reacțiile pacientului și să stimulez expectațiile realiste de succes;

5. să încep construirea unei relații psihoterapeutice adecvate, caracterizată prin empatie, acceptare necondiționată a pacientului ca persoană, congruență și colaborare, care să susțină apoi procesul psihoterapeutic.

Am ajuns la cabinet cu 15 minute mai devreme; îmi place să fiu punctual atunci când am programați pacienți. Cu câteva săptămâni în urmă mă sunase un coleg de la universitate, spunându-mi că mă roagă să îi consult o rudă apropiată, care are probleme psihologice și care dorește să fie văzută doar de mine, neacceptând pe altcineva (este o modalitate tipică în care mulți pacienți ajung la mine). Am fost informat că pacientul avusese tentative de suicid, fusese internat la Secția de psihiatrie, dar că în acel moment era relativ stabil. Persoana care m-a contactat nu știa exact ce diagnostic avea pacientul, ci doar că cei de la spital îi sugeraseră ca după externare să facă psihoterapie. I-am spus că eram foarte ocupat (nu am mai mulți de 5-10 pacienți în același timp), dar că îl pot pune pe o listă de așteptare și pot să mă întâlnesc cu el în aproximativ o lună sau, dacă dorește, pot să-i recomand un alt psihoterapeut disponibil (lucru pe care nu l-a acceptat). I-am spus, de asemenea, că dacă între timp, până mă voi întâlni cu el, reapar problemele, să ia de urgență legătura cu medicii care l-au tratat.

După o lună, la ora fixată, s-a prezentat la ușa cabinetului un tânăr (am aflat mai târziu că are 19 ani) îmbrăcat neîngrijit și având o mimică tristă. Mi-a atras atenția tăietura de la brațul stâng, pe care am asociat-o cu tentativa de suicid (*lucru confirmat ulterior*). Părea agitat, stresat și nerăbdător să-mi povestească despre problemele sale. L-am invitat să intre și am început într-o manieră tipică: m-am prezentat și l-am rugat și pe el să-mi spună numele și câteva informații demografice.

Terapeutul (T): Pentru început te rog să-mi spui cum te numești și, înainte de a discuta despre problemele care te-au adus la mine, o să înregistrez, foarte pe scurt, câteva informații demografice.

După obținerea acestor informații am continuat:

T.: Acum, că am încheiat cu aspectele mai formale, să revenim la lucrurile importante. Ce probleme sunt? Ce te-a adus la mine? Cum crezi că te pot ajuta?

Pacientul a început să-și prezinte problemele într-o manieră precipitată, emoțională, sărind de la o problemă la alta. Am încercat să-l organizez puțin (*pentru a avea acea perspectivă generală asupra problemelor sale), fiind foarte atent să nu considere acest lucru intruziv, deoarece aveam de construit relația terapeutică adecvată (începerea construcției relației terapeutice*).

T.: Aș dori în această primă ședință să îmi fac o idee generală despre ce probleme sunt. Nu vreau să intrăm deocamdată în detalii, urmând să facem acest lucru în ședințele următoare. Acum vreau doar să îmi fac o idee generală despre probleme, urmând ca apoi să trecem prin mai multe etape: (1) psihodiagnostic și evaluare clinică — ca să vedem specific care sunt dificultățile și de ce au apărut; (2) conceptualizarea clinică — ca să vedem cum au apărut aceste dificultăți și ce trebuie să facem ca să le ameliorăm; (3) tratamentul psihologic — ca să ameliorăm efectiv problemele. Desigur, faptul că astăzi începem să lucrăm împreună nu te obligă la parcurgerea întregului demers: poți decide să te oprești oricând crezi că este nevoie din punctul tău de vedere, deși aș prefera să discutăm asta înainte. Într-un fel, ceea ce vom face este similar cu ceea ce s-a întâmplat când ai fost la medic, situație care multora le este mai familiară: înainte de a-ți prescrie tratamentul, medicul a discutat cu tine ca să vadă ce manifestări ai, te-a trimis să-ți faci niște analize, iar apoi ți-a spus ce boală crede că ai și ți-a recomandat un tratament medicamentos. În loc de analize de laborator, noi vom face teste psihologice, iar în loc de tratament medicamentos, vom face tratament psihologic (*educația pentru psihoterapie*).

Am continuat încurajându-l să reînceapă să-mi descrie o problemă. Îl lăsam să o descrie la un nivel mediu de analiză după formula: cum se manifestă, care este istoricul ei, ce consecințe are pentru el. Dacă încerca să treacă la altă problemă înainte de a o clarifica la nivel mediu pe cea în discuție, îl reorientam, într-o manieră neintruzivă, la problema-țintă. Dacă intra în prea multe detalii, îi spuneam, tot neintruziv, că vom reveni asupra problemei și o va detalia ulterior, acum urmând să vorbim despre următoarea lui problemă. Pe măsură ce discutam, urmăream în povestea pacientului principalele Axe ale DSM-IV (*Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale*, ediția a patra revizuită). Pe Axa I am identificat elemente caracteristice tulburărilor de tip depresiv (în prezent) și maniacal (în trecut). Pe Axa II am avut senzația prezenței unor caracteristici de tip borderline, deși eram oarecum sceptic, deoarece prevalența acestei tulburări la bărbați este redusă și nu eram sigur dacă elementele borderline (de ex., impulsivitate, instabilitate emoțională etc.) pe care le remarcam nu erau expresii ale manifestării tulburării bipolare. Axa IV îmi reliefa ca stresori psihosociali aspecte legate de relația cu părinții, școala etc. Toate acestea erau ipoteze în această fază.

După aproximativ 40 de minute i-am cerut să ne oprim deocamdată.

T.: Cred că mi-am făcut o idee generală despre ce este vorba. Sigur, nu știu încă precis, dar vom afla după o testare psihologică

riguroasă. Apoi, punând cap la cap informațiile obținute pe baza testelor și din discuțiile noastre, îți voi spune care este punctul meu de vedere privind (1) problemele existente; (2) de ce au apărut și cum au apărut; (3) ce ar trebui să facem pentru a le ameliora. Ipoteza mea preliminară (am încercat să folosesc un limbaj la interfața dintre cel psihologic/psihiatric și cel de simț comun, pentru a fi înțeles mai bine de pacient) este că problemele sunt de tip depresiv (vezi stările acestea de tristețe profundă, care merg până la ideea că viața nu merită trăită) în alternanță cu stări exagerate de exuberanță (ca atunci când mi-ai spus că uneori simți că nimic nu poate sta în calea a ceea ce vrei), apărute probabil pe fondul unui stil personal caracterizat prin sensibilitate și instabilitate emoțională (mi-ai spus că treci ușor dintr-o stare emoțională pozitivă în una negativă și invers) și al unui stil cognitiv mai inflexibil și autoritar (mi-ai spus că dacă îți dorești ceva atunci, acel ceva trebuie să se întâmple, altfel nu poți tolera situația și o vezi ca pe o catastrofă și o incapacitate personală), toate amorsate de o serie de stresori psihosociali cu care te-ai confruntat (faptul că te întreții practic singur, lucrând și mergând la școală în același timp, că nu ții legătura cu mama ta, că ai plecat de acasă). Dacă aceste lucruri vor fi confirmate de examinările pe care le vom face, probabilitatea de a putea ameliora unele dintre probleme tale emoționale este destul de bună (știam asta din literatura de specialitate) (normalizarea reacțiilor pacientului și creșterea realistă a expectațiilor de succes).

Nu știu încă precis cât timp ar dura tratamentul, căci nu avem deocamdată o idee foarte clară asupra tuturor dificultăților, dar probabil că ar fi nevoie de cam 25-40 de ședințe de psihoterapie (știam asta din literatura de specialitate, lăsându-mi o marjă de predicție destul de largă).

Am încercat apoi să discut despre istoricul lui psihiatric.

T.: Mi-ai spus că ai mai fost internat și că ai luat tratament psihiatric. Poți să-mi spui mai multe despre asta?

Pacientul mi-a spus că a fost internat (a menționat și tentativa de suicid) și că a luat tratament pentru tulburare bipolară. Era încă sub tratament, dar nu îl lua sistematic, căci se simțea mai bine și nu dorea să devină dependent de medicație. I-am spus că aceasta era o problemă importantă, pe care eu o văd altfel, tratamentul medicamentos fiind obligatoriu dacă exista un diagnostic psihiatric de tulburare bipolară și că urma să discutăm despre acest lucru.

T.: Acum vreau să mă asigur însă că amândoi știm în ce cadru lucrăm (*educarea privind boala și psihoterapia*). Aici vom lucra pe probleme psihologice și pe cauzele lor psihologice. Unele probleme psihologice pot avea însă și cauze medicale. Din acest motiv am să te rog să consulți din nou și un medic psihiatru. Poate să fie cel cu care ai mai lucrat sau un altul (a ales să fie altul). Am să te pun eu în legătură cu el. Dacă va fi cazul, el îți va prescrie din nou și un tratament medicamentos care trebuie urmat și care poate merge foarte bine în paralel cu tratamentul psihoterapeutic pe care o să-l facem împreună (atunci când anticipez că problemele pacientului sunt serioase, cer întotdeauna și examinare medicală). Apoi am clarificat aspectele legate de condițiile de plată și de contractul de servicii psihologice, am reiterat ideea că poate renunța după această ședință informativă și/sau după ședința 3, când terminăm etapa de diagnostic, evaluare și conceptualizare clinică și urmează etapa de intervenție propriu-zisă, care se întinde pe mai multe ședințe.

Apoi am continuat:

T.: Înainte de a încheia aș dori să sintetizăm ceea ce trebuie să ținem minte (m-am asigurat astfel că pacientul va reține aspectele de educare privind boala și psihoterapia, i-am normalizat reacțiile și i-am oferit expectații pozitive și realiste pentru viitor).

T.: Este ceva ce mi-a scăpat sau ceva ce te-a deranjat în cadrul acestei întâlniri? Nu? OK. Atunci, așa cum am convenit anterior, am să te rog să completezi această baterie de teste acasă și să o aduci la următoarea întâlnire [am selectat o serie de teste care evaluează tabloul clinic pe care îl aveam ca ipoteză (dar și componente de sănătate mintală) și mecanismele etiopatogenetice și de sanogeneză identificate în literatură drept cauze posibile ale acestor probleme, respectiv promotori ai stării de sănătate].

Astfel, pentru a evalua tabloul clinic și starea de sănătate am ales:

- Profilul Distresului Emoțional: evaluează distresul, emoțiile pozitive, emoțiile negative funcționale și disfuncționale;
- Inventarul de Depresie Beck: evaluează nivelul de depresie.

Pentru a evalua mecanismele etiopatogenetice și cele de sanogeneză am ales:

- Scala de Atitudini și Credințe Iraționale: evaluează nivelul de iraționalitate și de raționalitate. Cognițiile iraționale sunt implicate ca mecanisme etiopatogenetice în tulburările afective și de personalitate, iar cognițiile raționale sunt factori de sanogeneză;
- Scala de Gânduri Automate: evaluează gândurile negative asociate distresului. Gândurile automate sunt implicate ca mecanisme etiopatogenetice în tulburările afective;

- Scala de Acceptare Necondiționată: evaluează nivelul de acceptarea necondiționată a propriei persoane. Acesta este un factor de sanogeneză cu rol protector față de tulburările afective;
- Scala de Stimă de Sine: evaluează nivelul stimei de sine. Stima de sine este un mecanism etiopatogenetic implicat în tulburările afective și în cele de personalitate;
- Scala de Mecanisme de Coping: evaluează mecanismele de coping adaptativ și/sau dezadaptativ utilizate de persoană.

T.: Când ai vrea să ne întâlnim? Asta numai dacă dorești să lucrăm în continuare împreună după această primă întâlnire în care ți-ai făcut o părere despre mine și despre ce putem face împreună (am convenit să ne vedem peste patru zile). Te rog să nu uiți să iei legătura cu colegul psihiatru. Încearcă să te întâlnești cu el înainte de a ne vedea noi din nou (știam că este posibil, căci colegul psihiatru reușește să vadă pacienții care merg în numele meu în aproximativ trei zile). I-am înmânat pacientului cartea de vizită, cu numărul de telefon și adresa, spunându-i să sune neapărat pentru programare, imediat ce pleacă de la mine.

La sfârșitul acestei prime ședințe aveam deja o idee mai clară despre istoria de viață a acestui pacient și despre problemele sale potențiale. Era singur la părinți și provenea dintr-o familie foarte bogată dintr-o localitate mai mică din apropierea orașului Cluj-Napoca. În orașul unde s-a născut era tratat ca o persoană specială, fiind un fel de „prinț al orașului". Tatăl său murise într-un accident atunci când pacientul avea 18 ani (cu un an înainte de a-l vedea eu). După aceea toate s-au schimbat brusc. S-a simțit abandonat de viață și de oameni, iar condițiile economice i s-au deteriorat drastic, așa că nu mai putea să fie același

„prinț". Considera că mama sa este de vină pentru acest lucru, fiind „o incapabilă". Fusese întotdeauna mult mai atașat de tată, mama fiind o persoană nesemnificativă în viața sa: „Cam bolnăvicioasă și nici măcar o bună gospodină" (nu lucra nicăieri). Totuși, o ura și o iubea în același timp! La un an după moartea tatălui și terminarea liceului s-a mutat la Cluj, intrând la Facultatea de Studii Economice și Gestiunea Afacerilor și rupând complet legătura cu mama. Odată ajuns la Cluj, șocul a fost și mai puternic. Fiind un oraș mare, era și mai greu să fie tratat ca fiind „special". Singura legătură pe care o avea la Cluj era cu un unchi din partea tatălui, cel care m-a și contactat, care l-a ajutat să-și găsească o slujbă din care să se întrețină și să-și plătească căminul. Relațiile dintre ei erau când foarte apropiate, când foarte reci, în general determinate de „toanele pacientului", după cum afirma unchiul său. Episoadele depresive au apărut odată cu moartea tatălui, iar manifestările maniacale, la câteva săptămâni după ce s-a mutat la Cluj (amorsate, așadar, de evenimente activatoare stresante). Atunci a fost internat de unchiul său la psihiatrie (în urma tentativei de suicid, probabil pe fondul fazei de trecere din episodul depresiv în cel maniacal). Ipoteza mea clinică în această fază susținea că este vorba despre o problemă de tip bipolar, pe fondul unei personalități de tip borderline și al unui stil cognitiv irațional, toate amorsate de o serie de stresori psihosociali marcanți. Stilul cognitiv caracterizat de scopuri inflexibile („Trebuie neapărat să reușesc"), care, dacă nu erau atinse, duceau la evaluări catastrofice („Altfel este catastrofal"), lipsa de toleranță la frustrare („Nu pot suporta să nu reușesc") și autodeprecierea („Cei care nu reușesc sunt slabi") am fost învățate în interacțiunea cu tatăl său, o persoană foarte competitivă, cu un profil similar („Vorba tatălui meu: un bărbat adevărat dacă vrea ceva, atunci obține; altfel, este zero"). Mai direct spus, aveam un pacient care manifesta un pattern pervaziv de instabilitate a relațiilor interpersonale (de ex., când era în relații bune cu mama și cu unchiul său, când nu vorbea cu ei), a imaginii de sine (de ex., când se considera perfect, când se autodeprecia) și a afectelor (de ex. când experimenta stări afective tonice, când era deprimat), asociat cu impulsivitate evidentă (de ex., avea comportament agresiv verbal față de mamă și față de toți cei care nu se comportau așa cum dorea el). Acest pattern a debutat precoce în perioada adultă (încă din liceu), fiind prezent într-o varietate de contexte (de ex., relația cu mama, cu unchiul, la școală, la serviciu). Pe acest teren, în diverse situații stresante (dar și în absența stresorilor majori) apăreau episoade afective de intensitate moderată, cu caracteristici maniacale și/sau depresive, pe fondul cărora a avut și tentativa de suicid.

Eram curios să văd perspectiva psihiatrului care urma să clarifice aceste aspecte și care putea reliefa și unele condiții medicale pe Axa III a DSM.

Ședința 2

Ne-am revăzut și a venit din nou la timp. Fusese și la colegul psihiatru. Dacă nu s-ar fi dus, aș fi lucrat cu el în această ședință, dar i-aș fi spus că nu mai putem continua fără ca el să consulte și un psihiatru; era în beneficiul său să aflăm dacă există și probleme medicale, astfel încât intervenția să fie completă. Am aflat (lucru confirmat din discuția avută, cu acordul pacientului, cu medicul psihiatru) că acesta a identificat o tulburare bipolară de tip I (episod depresiv) și i-a prescris un tratament medicamentos

pe care îl monitoriza. Eu am început desfășurarea interviului clinic structurat (SCID pentru DSM-IV), focalizându-mi evaluarea pe modulele care vizează tulburarea depresivă majoră, tulburarea bipolară, tulburarea de adaptare cu episod depresiv, distimia, tulburările de tip psihotic și tulburările de personalitate (pentru a nu trece cu vederea vreo tulburare importantă). Ședința a durat aproximativ o oră și 30 de minute, pacientul colaborând foarte bine. La sfârșit i-am mulțumit și i-am spus că în următoarea ședință voi pune cap la cap informațiile obținute pe baza testelor și a interviului, pentru a-i spune clar, din punctul meu de vedere: (1) ce probleme sunt, (2) de ce cred că au apărut și (3) ce cred că ar trebui să facem.

T.: Este ceva ce mi-a scăpat sau ceva care te-a deranjat în cadrul acestei întâlniri? Când să ne întâlnim? (Am convenit să ne vedem peste două zile).

II. 2. Perspectiva lui Chucky

Eram nerăbdător să ajung la profesorul Daniel David. Am așteptat mult până când m-a putut primi. Îl știam bine de pe internet și i-am citi toate cărțile. Eram sigur că el mă va înțelege și își va da seama că amândoi suntem speciali și deosebiți. Poate că o să-mi dea niște sfaturi ca să pot trăi mai liniștit în lumea asta proastă și între oamenii aceștia care merită tot disprețul și care nu mă înțeleg. M-am simțit mereu neînțeles și părăsit de oameni și de o lume care mă făceau să sufăr. Tata era cel care mă înțelegea. El era ca mine, mai special, deși uneori mai greșea și el. După moartea lui m-am simțit abandonat și suferința s-a accentuat, trecând de la stări de furie și mânie la stări intense de tristețe și deprimare, stări care mă afectau în viață, la serviciu și la școală. La un moment dat, am fost atât de furios pe toată lumea, inclusiv pe mine, încât am încercat să-mi pun capăt zilelor. M-a salvat un unchi care m-a dus la psihiatru pentru tratament și mi-am mai revenit, deși sunt încă puțin deprimat.

Este un psiholog tânăr. Cabinetul arăta foarte bine, aranjat în stil american, cu multe poze și diplome. Știam că este special! Am încercat de la început să-l impresionez, salutându-l calm și sigur pe mine. M-a rugat să stau jos și mi-a cerut niște informații generale, iar apoi m-a întrebat ce probleme sunt? Am început să-i spun problemele mele în timp ce mă asculta fascinat. Mă înțelegea ca nimeni altul! Știa că problema nu sunt eu, ci lumea și ceilalți. Ca să fie sigur și ca semn de prețuire pentru mine, mi-a cerut să merg și la un psihiatru, pentru a ne asigura amândoi că nu sunt cauze medicale. De dragul său voi merge, deși e clar că nu sunt. Mi-a dat niște teste pe care le voi completa ca să vadă problemele pe care le am din cauza acestei lumi nedrepte. În ședința 2 am continuat să vorbim despre aceste probleme.

III. Conceptualizarea clinică a cazului

III. 1. Perspectiva psihoterapeutului

Ședința 3

T.: Punând cap la cap informațiile, iată cum văd eu lucrurile (am alternat un limbaj psihologic/psihiatric cu unul de simț comun, pentru a fi sigur că pacientul înțelege clar mesajul acestei ședințe):

Ce probleme sunt? Probleme sunt, așa cum le numim noi, de tip bipolar. Asta mi-au arătat analizele psihologice, lucru confirmat și de medicul psihiatru. Ce înseamnă tulburare bipolară? (I-am explicat, utilizând limbajul său și folosind exemple din ceea ce îmi relatase, ce înseamnă tulburare bipolară.)

Desigur, acum vine întrebarea: **de ce au apărut?** Părerea mea este că situațiile stresante prin care ai trecut în ultima vreme și pe care mi le-ai descris anterior (moartea tatălui, izolarea ta la Cluj etc.) au interacționat cu o stare de vulnerabilitate mai mare la tine, și anume cu un stil de personalitate pe care noi îl numim de tip borderline și cu un stil cognitiv mai inflexibil. Ce înseamnă personalitate de tip borderline? (I-am explicat, utilizând limbajul său și folosind exemple din ceea ce îmi relatase, ce înseamnă tulburare de tip borderline). Ce înseamnă stil cognitiv inflexibil? (i-am explicat, utilizând limbajul său și folosind exemple din ceea ce îmi relatase, ce înseamnă stil cognitiv inflexibil și cum s-a dezvoltat la el, în interacțiunile cu persoanele semnificative din viața sa.)

Ce trebuie făcut pentru a ameliora condiția ta? În primul rând, trebuie să reducem trăirile acestea de tip depresiv, iar apoi să încercăm să controlăm situațiile stresante și să modificăm, pe cât este posibil, stările de vulnerabilitate (ca să prevenim și eventualele recăderi în viitor): (1) trăsăturile de tip borderline (flexibilizate și/sau compensate prin mecanisme de coping rațional/adaptativ) și (2) stilul cognitiv inflexibil. Desigur, nu vom putea aborda toate problemele deodată. Vom aborda probleme specifice, pe care le vom defini imediat, până când reușim să le ameliorăm semnificativ.

Cam așa văd eu lucrurile acum. Ai alte întrebări sau neclarități?

Ulterior, psihiatrul a reconfirmat medical tulburarea de tip borderline. Profilul pacientului în sistemul DSM-IV, asimilat și de către psihiatru, arăta astfel:

Axa 1: Tulburare bipolară I, cel mai recent episod: depresiv, moderat

Axa 2: Tulburare de personalitate de tip borderline

Axa 3: Fără tulburări medicale relevante

Axa 4: Probleme psihosociale și de mediu reprezentate de:

- Probleme cu grupul de suport primar (plecarea de acasă);
- Probleme în legătură cu mediul social (suport social inadecvat, trăiește singur).

Axa 5. Evaluarea globală a funcționării: indicele GAF=55.

Traducerea acestui profil psihologic în probleme de viață, pe care urma să se focalizeze psihoterapia (în cazul în care opta să continue), arăta în felul următor:

Lista de probleme:

- Reducerea trăirilor de tip depresiv;
- Îmbunătățirea interacțiunilor sociale cu profesorii și colegii și eliminarea sentimentului de izolare;
- Îmbunătățirea comunicării cu rudele și eliminarea sentimentului de abandon;
- Creșterea controlului și stabilității emoțiilor;
- Stabilizarea câștigurilor psihoterapeutice și prevenirea recăderilor.

III. 2. Perspectiva lui Chucky

În ședința a treia mi-a spus cum vede el situația mea. Am așteptat cu nerăbdare întâlnirea, dar m-a dezamăgit! Mi-a spus că el crede, după analizele psihologice coroborate cu analiza psihiatrului,

că am tulburare bipolară, care apare în contextul unor evenimente stresante, pe fondul unei vulnerabilități pe care o am, personalitate de tip borderline și stil irațional de gândire. Terapia, dacă aș dori să o facem, ar presupune să modificăm stilul irațional și trăsăturile de tip borderline prin proceduri cognitive și comportamentale și să controlăm stresorii, prin tehnici de inoculare a stresului. Practic, m-a abandonat și mă vede ca pe oricare alt bolnav!

IV. Strategia de intervenție (Tehnicile de intervenție)

IV. 1. Perspectiva psihoterapeutului

Fiecare problemă de pe listă urma să fie conceptualizată prin prisma modelului ABC cognitiv: A — evenimentul activator/stresant; B — cognițiile iraționale și cele raționale; C — consecințele emoționale, comportamentale și psihofiziologice. Evident, am început cu prima problemă de pe listă (C): trăirile de tip depresiv, urmând un algoritm clasic:

Pasul 1: Am explorat trăirea de tip depresiv: cum se manifestă, cât de intensă este, cum îl afectează etc.

Pasul 2: Am făcut legătura între B și C, în contextul unor evenimente activatoare stresante (A).

Pasul 3: Am identificat și modificat cognițiile iraționale.

Cognițiile iraționale (B) identificate am fost:

- DEM (demandigness) — formularea rigidă și inflexibilă a dorințelor (dacă dorea ceva, nu concepea să nu obțină acel lucru);

- GE/SD (global evaluation/self-downing) — dacă nu obținea ceea ce își dorea, avea tendința să se autodeprecieze și să-i deprecieze și pe ceilalți și/sau lumea;
- AWF (awfulizing) — dacă nu obținea ceea ce își dorea, avea tendința de a exagera, de a considera că este cel mai rău lucru care i se putea întâmpla;
- LFT (low frustration tolerance) — nu putea tolera situațiile în care nu obținea ceea ce dorea.

Apelând la tehnici de restructurare cognitivă, am încercat să transformăm aceste cogniții iraționale etiopatogenetice în cogniții raționale (mecanisme de sanogeneză):

- PRE (preferences) — formularea realistă și flexibilă a dorințelor; a-ți dori să obții ceea ce ți-ai propus, a face tot ceea ce depinde de tine, dar a accepta faptul că uneori nu vei obține ceea ce ți-ai propus;
- BE (behavioral evaluation) — evitarea evaluării globale a sinelui, a celorlalți și/sau a lumii și focalizarea acesteia pe (a) acceptarea necondiționată a lor și (b) pe comportament și elemente specifice; altfel spus, o persoană nu poate să fie deșteaptă sau proastă în general, ci comportamentul său este mai mult sau mai puțin performant;
- BAD (badness) — atunci când ceea ce preferăm să se întâmple nu se întâmplă, acest lucru este rău și neplăcut, fără a fi însă catastrofal;
- FT (frustration tolerance) — atunci când ceea ce preferăm să se întâmple nu se întâmplă, acest lucru este neplăcut, dar tolerabil, viața mergând mai departe.

Tehnicile de restructurare cognitivă au fost de tip:

- Comportamental — am utilizat prescripții comportamentale care îl activau social (îl implicau în diverse activități) și

care determinau totodată și o restructurare cognitivă (ex. reducerea autodeprecierii);

- Logic — am explorat întemeierea pe care se bazau cognițiile iraționale;
- Empiric — am explorat susținerea cognițiilor iraționale de dovezile existente;
- Pragmatic — am explorat dacă cognițiile iraționale îl ajută să-și atingă scopurile propuse;
- Metaforic — am explorat construcții alternative la cognițiile iraționale, folosind lecturile sale preferate (poezii, nuvele) și/sau poveștile de tip zen.

Pasul 4: L-am învățat cum să controleze situațiile stresante prin tehnici de: (1) rezolvare de probleme; (2) inoculare a stresului; (3) antrenament asertiv.

IV. 2. Perspectiva lui Chucky

Între ședințele 4 și 8 am făcut împreună un plan terapeutic pe care l-am implementat. Planul era interesant și la început l-am acceptat, simțind că mă poate ajuta. Psihoterapeutul mi-a spus că el trebuie implementat doar împreună cu tratamentul medicamentos pe care însă eu nu îl mai luam, deși lor le spuneam că îl iau. Din această cauză, spre ședința 7 am simțit că mi-am revenit complet. Mă simțeam puternic și normal (mai târziu am aflat că intram în faza maniacală din cauză că nu mai luasem tratamentul) și nu mai vedeam sensul psihoterapiei. Ba mai mult, consideram că totul fusese doar o pierdere de vreme și i-am blamat pe toți pentru asta!

V. Relația psihoterapeutică

V. 1. Perspectiva psihoterapeutului

Primele trei ședințe s-au derulat relativ normal. Am încercat să creez o atmosferă de lucru caracterizată prin empatie, acceptarea necondiționată a pacientului, congruență și colaborare. Cred că am reușit, deși simțeam un transfer psihologic pozitiv, la care mi-am propus să fiu atent. Transferul se referă la proiecția inconștientă din partea pacientului asupra psihoterapeutului a unor patternuri psihoemoționale pozitive sau negative, patternuri care reprezintă modalități de interacțiune pe care pacientul le-a avut cu persoane semnificative din trecutul său (adesea din prima copilărie) și care nu sunt justificate de situația actuală. La sfârșitul ședinței a treia am simțit prima fisură în relație, atunci când am discutat despre conceptualizarea problemelor. „Admirația" din ochii pacientului a scăzut brusc; asta m-a ajutat să diminuez transferul pozitiv. Am crezut că nu a înțeles. Înțelesese foarte bine, doar că era prea puțin pentru el. L-am întrebat dacă are nelămuriri, neclarități, dacă îl nemulțumește ceva. Mi-a spus politicos că totul este în regulă. Știam că s-a produs ceva în mintea lui și mi-am propus să fiu mai atent la relația dintre noi. În următoarele ședințe, relația terapeutică a urmat un traseu normal, cu o tendință tot mai puternică de detașare a pacientului. Acest lucru m-a făcut să decid să discutăm deschis despre relația terapeutică în următoarea ședință. Acest lucru nu s-a mai întâmplat. Am primit un telefon prin care m-a anunțat, cu o voce agitată și agresivă, că nu mai vede rostul de a lucra împreună, că nu îl ajut cu nimic, că atât eu, cât și psihiatrul am abuzat de timpul său și de el ca persoană și că vom plăti pentru asta. Am

știut în acel moment că s-a declanșat un transfer negativ puternic, probabil pe fondul reinstalării unui tablou maniacal (ulterior am aflat că nu-și mai luase medicația, inducându-ne pe toți în eroare). Luând legătura cu unchiul său, pentru a mă asigura că va beneficia de un suport social adecvat, am aflat că pacientul s-a izolat din nou de el și de mama sa, acuzându-i și pe ei că l-au abuzat prin faptul că l-au dat pe mâna psihiatrilor și psihologilor (plângeri împotriva lor fiind trimise și organelor statului). I-am spus că, după părerea mea, are nevoie de tratament psihiatric, iar unchiul m-a asigurat că va face tot ce depinde de el în acest sens. Îmi părea rău, dar nu mai aveam ce face, în afară de a-l anunța și pe psihiatru că a întrerupt tratamentul psihologic (acesta știa deja, căci primise și el un telefon similar de amenințare). De asemenea, i-am spus la telefon pacientului că, după părerea mea, ar trebui să-l consulte urgent pe medicul psihiatru, dar el mi-a replicat că doresc să îl abuzez din nou și mi-a închis telefonul. Ulterior a urmat o perioadă care a reprodus toate scenele agresive din filmul „Chucky". Mă urmărea pe stradă, acasă, la cursuri și conferințe. Primeam telefoane noaptea, în care nu vorbea, ci se auzea doar o respirație greoaie. M-am trezit cu plângeri peste plângeri la organele statului, la cele profesionale și cu jigniri și calomnii la adresa mea, pe care le spunea diverșilor colegi din țară. Evident că prima mea reacție a fost una de furie. Mi-am dat rapid seama, singur și din discuțiile cu colegul psihiatru (aflat în aceeași situație și supus acelorași atacuri), că furia era un semn de contratransfer, pe care l-am controlat prin intervizare reciprocă. Contratransferul se referă la proiecția inconștientă, din partea psihoterapeutului asupra pacientului, a unor patternuri psihoemoționale pozitive sau negative, patternuri care reprezintă modalități de interacțiune pe care terapeutul le-a avut cu persoane semnificative din trecutul său (adesea din prima copilărie). Am hotărât ulterior să răspundem cu calm și profesionalism tuturor acuzațiilor oficiale și să ignorăm comportamentele lui problematice, dacă nu erau o amenințare directă la adresa siguranței noastre. Eram însă pregătit ca la cea mai mică amenințare fizică sau calomniere repetată să reacționez cu plângere la poliție. După un timp (aproximativ patru luni, când în mod tipic mulți pacienți reintră în faza depresivă, în condițiile în care nu iau tratament), am primit un telefon de la el, rugându-mă să avem o întâlnire. Știind câtă suferință produc tulburările pe care le avea, am acceptat, dar numai după ce m-am consultat cu avocatul și în condițiile în care au participat și martori. Când ne-am reîntâlnit era în fază depresivă avansată și avusese o tentativă suicidară. A izbucnit în plâns, rugându-ne să îl ajutăm să se lase ajutat. Ținând cont de istoria interacțiunilor noastre, nu puteam lucra împreună, dar l-am recomandat unui alt coleg, în condițiile în care pacientul se angaja: (1) că va lua tratamentul medicamentos; (2) că este de acord să prezint istoricul problemei lui noului coleg (astfel încât acesta să poată monitoriza mai ușor eventualele semne ale unui nou transfer). Colegul meu a început să lucreze cu el după exact același plan psihoterapeutic pe care l-am prezentat mai sus, monitorizând îndeaproape tratamentul psihiatric. Monitorizarea s-a realizat prin discuții săptămânale cu psihiatrul care îl avea ca pacient și care, știind că acesta i-a indus în eroare pe medicii cu care lucrase anterior, supraveghea foarte strict tratamentul medicamentos. În prezent pacientul este bine compensat, ne salutăm când ne întâlnim prin Cluj și mă bucur să îl văd ameliorat și bine integrat în societate.

V. 2. Perspectiva lui Chucky

La început relația a fost excelentă. Eram „suflete pereche" și îl divinizam, știindu-l din discuțiile studenților și de pe internet (mai târziu am aflat că asta se numește transfer pozitiv). Prima fisură a apărut când mi-a explicat cum vede el problemele mele. În loc să înțeleagă că sunt o victimă a unei lumi și a unor oameni nedrepți, mă vedea ca pe orice bolnav. Am hotărât totuși să continui tratamentul psihologic în speranța că pe parcurs, stând mai mult timp cu el, va realiza faptul că noi doi suntem la fel. Am hotărât să nu iau medicamentele, fără să spun asta psihiatrului sau domnului profesor David (lor le spuneam că le iau). Am început să lucrăm pe diverse probleme dintr-o listă pe care am stabilit-o împreună. Făceam tot ce spunea, sperând că va deveni mai apropiat de mine: mi-ar fi plăcut să ieșim împreună, să mergem în excursie, să-i devin cel mai bun prieten. El mă trata însă cu atenție, cu înțelegere, dar nimic mai mult; ca pe toți ceilalți! Asta m-a iritat și treptat am început să-mi schimb părerea despre el (începea ceea ce am învățat mai târziu că se numește transfer negativ). Credeam că nu este atât de bun pe cât se spunea despre el, că i-a indus în eroare pe toți. Mă gândeam că voi avea eu grijă să afle toți asta, așa că, în ședința a opta, am hotărât să nu mai merg. I-am telefonat spunându-i că eu cred că totul este un eșec, că a abuzat de mine și că voi avea grijă să plătească, atât el, cât și colegii săi. În prima fază am făcut plângere la Colegiul Psihologilor din România, la poliție și la toate forurile unde există psihologi/psihiatri, atât împotriva lui, cât și împotriva psihiatrului (care încercase să mă îndoape cu medicamente). Mă simțeam puternic și eram hotărât să le arăt asta (mai târziu am înțeles că eram din nou în fază maniacală, când totul

pare posibil). Voiam să fiu rău, să se teamă de mine, să-i fac să sufere, voiam să fiu „Chucky", păpușa agresivă din filmul cu același nume. La fel de mult le uram și pe rudele mele, pe care le consideram complici și pe care le-am acuzat pe nedrept (așa cum abia acum înțeleg)! În mod surprinzător, toate plângerile mele primeau răspunsuri nefavorabile mie. Treptat am început să devin mai nesigur pe mine, mai sceptic (intram, așa cum am înțeles mai târziu, într-un nou episod depresiv). Asta m-a făcut să mă gândesc la propunerea domnului profesor David și l-am recontactat, rugându-l să ne mai întâlnim o dată. Mi-a spus că este de acord, dar că, ținând cont de acuzațiile aduse, la întâlnire va trebui să fie prezenți, ca martori, psihiatrul și un alt psiholog. Am acceptat, căci doream să-l reîntâlnesc și să mă ajute. Aveam deja un puternic sentiment de vinovăție. Când l-am întâlnit, m-a primit cu aceeași amabilitate caldă și plină de înțelegere, dar am simțit și o oarecare dezamăgire. După tot ce îi făcusem... Am izbucnit în plâns, rugându-l să mă ierte și să mă ajute să vreau să fiu ajutat! Mi-a spus că, având în vedere cele întâmplate, el nu mai poate lucra cu mine, dar că, dacă doresc cu adevărat, mă va recomanda unui alt coleg foarte bun. A spus că va face acest lucru cu condiția de a-l putea informa pe coleg despre istoria mea și cu condiția să mă angajez să fiu mai serios cu tratamentul medicamentos și psihoterapeutic. Am acceptat imediat, căci mă simțeam disperat! După aproximatix 30 de ședințe de psihoterapie, combinate cu tratamentul medical (prescris de un alt medic psihiatru decât acela pe care l-am „demonizat"), problemele mi s-au ameliorat, iar acum sunt relativ bine. Astăzi duc o viață relativ normală, îmi iau medicamentele (mai uit uneori, dar mă corectez rapid, pentru că îmi este teamă că Chucky s-ar putea „trezi" din nou), folosesc ce am învățat în

psihoterapie, știu că dacă reîncep problemele am la cine să apelez și mă bucur că Chucky este ținut sub control, spre binele meu și al celorlalți.

VI. Concluzii și discuții; lucruri de ținut minte

VI. 1. Perspectiva psihoterapeutului

Indiferent de tipul de terapie, transferul și contratransferul sunt uneori imposibil de evitat. Relația caracterizată prin empatie, acceptare necondiționată, congruență și colaborare are rolul de a bloca apariția lor. Atunci când ea nu poate fi construită în jurul acestor elemente și/sau atunci când pacientul este un caz cu tulburări severe pe Axa II, probabilitatea apariției transferului (și a contratransferului) este foarte mare. Așadar, terapeutul trebuie să fie pregătit să facă față acestuia, fie că este pozitiv (pacientul te zeifică), fie că este negativ (pacientul te demonizează).

Trebuie să avem o conduită de profesionist din toate punctele de vedere, dar să fim totodată pregătiți că, și în aceste condiții, pacientul ne poate vedea altfel. Nu trebuie să uităm că nu lucrăm cu „domnișoare sfioase", ci, uneori, cu cei mai dificili bolnavi psihic. În acest caz, rațiunea și adevărul nu sunt criterii de ghidare. Fantasma bate rațiunea, iar noi trebuie să fim pregătiți să luptăm pentru a impune adevăruri simple și evidente!

Profesia de psihoterapeut este fascinantă. Ne întâlnim uneori cu cazuri pe care mintea umană cu greu și le poate imagina. Ea are însă și costuri și riscuri majore; unii dintre noi nu lucrăm doar cu copii și/sau cu „nice-neurotics", ci cu cei mai crunți psihopați și/sau cu cei mai agresivi bolnavi psihic. În acest caz, trebuie să fim pregătiți să facem față provocărilor profesionale și/sau chiar legale, situații în care contratransferul poate să apară foarte puternic. Recomandarea mea este de a monitoriza aceste situații și de a apela la intervizare și/sau supervizare, atunci când nu putem face față singuri contratransferului.

VI. 2. Perspectiva lui Chucky

După această experiență am înțeles mai clar o serie de lucruri:

(1) stările mele afective exagerate sunt parte a unui tablou clinic;

(2) tulburarea bipolară și tulburarea de personalitate borderline nu se vindecă, dar pot fi serios ameliorate;

(1) dacă urmez însă tratamentul medicamentos, pot face și psihoterapie, iar problemele pot fi ținute sub control (cum spunea profesorul David, e ca și cu diabetul: nu se vindecă luând insulină, dar îl putem controla) și pot trăi relativ normal.

Am înțeles că reacțiile mele exagerate față de cei care încercau să mă ajute erau ceea ce ei numesc transfer: emoții fie prea pozitive, fie prea negative, care au legătură cu problemele mele. Când simt că apar din nou, mă întreb: sunt emoțiile mele justificate de situația reală? Încerc să aplic ceea ce am învățat în psihoterapie și îmi iau medicamentele deoarece nu vreau să redevin Chucky!

LIANA DON

- Formare în psihoterapie pozitivă și hipnoterapie ericksoniană
- 17 ani de experiență în psihoterapie
- Formator și supervizor în Asociația de Psihoterapie Pozitivă și în Asociația de Relaxare și Hipnoterapie Ericksoniană/Federația Română de Psihoterapie; Asociația Europeană de Psihoterapie EAP
- Deviza personală ca psihoterapeut:

  Fiecare are dorința, putința și obligația de a-și asuma libertatea de a iubi și iubirea de libertate, combinând creativitatea, curiozitatea și curajul găsirii de sine.

Toba feminină de tinichea

De fiecare dată când sunt sunată înainte de perioada vacanței de vară, deja am o stare de iritare resimțită în stomac, de parcă toți ar trebui să știe că nu e bine să începem procesul terapeutic înainte, pentru că urmează două luni în care nu ne putem întâlni, din cauze obiective, fiecare dintre noi având un anumit program prestabilit. Una peste alta, înțeleg cu dificultate că este vorba despre o problemă de „anorexie", ceea ce o dată în plus mă exasperează, știut fiind faptul că aceste persoane nu au de obicei niciun fel de motivație autentică de a se prezenta în procesul terapeutic, elementul maxim de acceptare fiind doar cel de a dovedi tuturor, în special familiei, respectiv părinților, că nu au nicio problemă și dacă acest demers nu funcționează, atunci cel puțin să demonstreze că oricum nimeni nu poate face nimic pentru ei... Ceea ce, fie vorba între noi, așa și este, doar ei înșiși fiind cei care pot schimba și rezolva ceva pentru ei și nici într-un caz pentru alții. Deja presiunea atârna pe umerii mei, pentru că în același timp știam că nu este o problemă de amânat și cu siguranță fusese neglijată destul. Dar cu mine cum rămâne? Pe unde mă aflu din nou? Același amestec de povară, teamă, curiozitate, provocare, nesfârșită durere și zbucium de a nu fi intruzivă, dar de a fi acolo

spre rezolvare, această dualitate complexă și impresionantă care însoțește această meserie.

Evident, îmi trebuiau niște argumente semnificative ca să pot prelua acest caz, dar nu cum credea cel care m-a sunat, de tipul intervențiilor rudelor, colegilor etc., ci de tip interior, motivant, ca să-mi dea acel „drive" fără de care nimic din ce mă reprezintă nu capătă sens. De parcă dacă nu sunt dinamică, nu reprezint nimic. Oare de ce am nevoie de acest tip de dinamică contradictorie în mine, ca să pot afirma că asta înseamnă într-adevăr că sunt în viață? Mai probabil avea legătură inclusiv cu clienta de care era vorba... îmi transmitea implicit că nu este în viață, că își anulase viața, știind că aceste tipuri de probleme au un fundament comun, al „stand-by-ului" existențial. Să fiu oare și eu pe undeva tot acolo? Bună întrebare... și acum, în timp ce scriu aceste rânduri, mă pot surprinde zâmbind la această dilemă, pentru că mi-e foarte clar că încă nu am rezolvat-o și probabil nici nu mai sper să se întâmple acest lucru, realizând, probabil, pe parcursul multor ani de terapie, că de multe ori nici măcar nu este important, că rezolvarea lucrurilor nu stă în mod necesar în ceva faptic sau decizional, ci doar în a-ți pune întrebări și a le permite să existe în tine și în același timp alături de tine, tocmai pentru a le putea discuta cu alții.... pentru că, nu-i așa... „dacă există două persoane, fiecare având un măr pe care îl oferă celeilalte, fiecare rămâne cu câte un măr, dar dacă fiecare dintre ele are o idee și le schimbă între ele, atunci fiecare rămâne cu două idei". Iată deci cum se desfășoară procesul de îmbogățire și nici măcar nu contează, într-o primă fază, dacă aceste noi idei sunt bune sau rele, ci doar că există și reușesc cel puțin să-ți schimbe punctul de vedere și să te așeze cu acel micrometru mai la dreapta sau la stânga decât fuseseși inițial pentru a reuși cel puțin să experimentezi, dacă nu în mod necesar să schimbi, ceva ce este nou pentru tine. Exact așa stau lucrurile și în psihoterapie în etapa inițială: să schimbi punctul celuilalt de vedere sau cel puțin să oferi o viziune diferită asupra aceleiași probleme. Insist să punctez că nu este neapărat o viziune mai bună sau mai rea, ci doar diferită.

Deseori mă întreb de unde vine oare la oameni dorința de a cataloga neapărat faptele, experiențele, trăirile într-o categorie din două antagonice: bun-rău, frumos-urât, vesel-trist, alb-negru? Graba aceasta de a ne oferi elemente de siguranță ne aduce atât nouă, cât și implicit clienților noștri un demers mai dificil când evenimentele sunt gata etichetate; întâi trebuie dezafectată certitudinea conotației pozitive sau negative și abia ulterior analizată pur, necontaminat, pentru ca demersul conotației de orice tip să fie rezultatul unui demers de trecere prin decizia personală asupra percepției inițiale și nu doar prin percepția însăși. Sigur că unii ar putea să reproșeze acestui demers faptul că în acest mod am reduce importanța inconștientului în reactivitatea și elaborarea deciziilor, dar menționez că percepția rămâne subiectivă, deci implicit prezintă conotații instinctuale și emoționale, care se iau și ele în egală măsură în calcul, odată cu analiza antedecizională.

Evident că mi-am amintit, pentru a mă motiva, că eu sunt cea care am ales această meserie, nu ea m-a ales pe mine, și că am avut șansa de a alege, spre deosebire de mulți oameni, o meserie care mă pasionează, nu mă plictisește niciodată, mă ține în priză, mă ține vie și nu pot anticipa niciodată deznodământul, dar ce plăcut este să fii alături de cineva când reușește să se găsească și să se descopere pe sine. Ce poate fi mai îmbogățitor pentru o persoană, decât să aibă privilegiul de a asista la această nouă naștere... de data aceasta asumată, dorită, autodeterminată, care să

deschidă perspective de atingere a unor scopuri și rosturi predeterminate în procesul terapeutic.

Iată și ziua și ora primei întâlniri, amestec de curiozitate și angoasă, legate în special de maniera în care aș putea reuși să atrag persoana în procesul terapeutic, având în vedere că face parte din „micuțul" lot de clienți cu probleme care nu doresc nici în ruptul capului să vină în terapie, simțindu-se chestionați, judecați, criticați, bagatelizați, experiențe cu care vin de obicei din lumea exterioară, care „a avut grijă" ca nu cumva să nu fie acolo cu tot ce înseamnă condiționare negativă.

În același timp știam și simțeam pe undeva că de această primă ședință, de curajul abordării ei, de atitudinea empatică, de acceptare necondiționată și congruență, dar nici într-un caz de compasiune sau milă, va depinde viitorul nostru comun spre „binele" ei. De asemenea, de asigurarea mediului securizant, dar responsabilizant, care să nu preia din elementele pe care ea vrea să le arunce asupra ta ca să le rezolvi în locul ei, pentru a-ți dovedi — dacă vei cădea în această plasă — că nimic din ce poți să sugerezi nu conduce la nimic, pentru a lucra la demolarea terapeutului exact așa cum a reușit să se demoleze de-a lungul timpului pe ea însăși, atât mental, cât și fizic. Era să uit confidențialitatea, care desigur este implicită în terapie, dar este necesar să fie reasigurată, cu atât mai mult la pacienții anorectici sau cu tulburări de comportament alimentar, mai ales în raport cu propria familie... și aici apare elementul surprinzător, pentru că este nevoie întotdeauna de el, nu-i așa, că altfel ce ar fi viața, fără posibilitatea de a fi surprins? Întotdeauna acest moment este unul cheie pentru mine în „cucerirea" pacientului nemotivat, pentru a continua procesul terapeutic și după prima ședință. Simte că pentru prima dată cineva ia atitudine fermă în relația cu părinții, că va avea un spațiu și un timp numai ale lui, la care nimeni și niciodată nu va avea acces în afară de el și că dacă va simți vreodată nevoia să accepte pe cineva în acest spațiu, atunci acest fapt se va derula la cererea lui și cu el de față. Respect? Cine l-a mai respectat până acum? Cine i-a mai oferit intimitate necondiționată? Începe să capete sens, se-ntinde plasa de păianjen pentru susținerea mersului pe sârmă.

În timp ce scriu aceste rânduri, îmi amintesc de minunata scenă de la debutul filmului pe care-l iubesc atât de mult al lui Bob Fosse, „All that Jazz", alegorie divină a morții, referitoare la ideea pe undeva comună a vieții asociate cu mersul pe sârmă, aici fiind particular tipul de abordare a mersului, într-un echilibru precar, care este susținut numai de tine însuți, indiferent de calea pe care mergi, știind că dedesubtul tău ar trebui probabil să fie acea plasă de susținere, dar nu te poți asigura nicicum că este acolo, tocmai pentru că dacă privești în jos, s-ar putea să te dezechilibrezi și să cazi și pentru că nu ai nicio certitudine că te va și susține și chiar dacă o va face, habar nu ai cât timp. În accepțiunea că toate condițiile căderii și implicit ale susținerii sunt îndeplinite, oare pe unde să te întorci pe sârmă și ce resurse să folosești pentru a te întoarce? O dată în plus, înțeleg rosturile evenimentului psihoterapeutic în viața fiecărui om, care rezultă din acest demers metaforic, care necesită multe drumuri de tip du-te-vino până la obținerea acelui echilibru care să fie instabil, dar care să te poată menține pe sârmă.

După cum m-am așteptat, secretara mă informează că în sala de așteptare se află trei persoane, respectiv clienta flancată de cei doi părinți, confirmându-mi senzațiile de alienare, detașare, înstrăinare care se succed uneori în familii din prea multă dragoste manifestată prin preluarea de către cel „matur" a responsabilității

cunoașterii noțiunii de „bine în viață" în locul celui iubit, dar momentan tulburat.

Deci iată-mă în sala de așteptare a cabinetului meu, urmând să invit clienta în cabinet, însoțită de cei doi părinți, care mă priveau plini de solicitudine și speranță, cu expectații de tipul: „Am înțeles că sunteți singura persoană care mai poate face ceva pentru fiica noastră, facem orice ne cereți și tot ce ne cereți, numai să ne-o redați...". Vouă sau ei? — mă întrebam... Am împlinit dintr-odată 150 de ani, mă simțeam matusalemică, atotștiutoare, apăsată de responsabilitatea întregilor speranțe, nu mai puteam respira, totul devenea apăsător și chinuitor. Știam cât de greu va fi și cât de greu le va fi lor să respecte ceea ce urma să le comunic, din primul minut, sec, în timp ce se îndreptau destul de senini, alături de fiica lor, spre intrarea în cabinet. Deci am fost nevoită să le comunic că drumul alături de fiica lor se oprește aici și că voi discuta doar cu ea, ceea ce a făcut ca fata să ridice capul înfipt în pământ până acum, derutată. I-am văzut ochii pentru prima dată, derutați și hăituiți, cu privirea pierdută undeva în „nimic", acel nimic interior și exterior, de parcă plutea în imponderabilitate. M-a zărit. Nu a avut nicio tresărire, dar era un rezultat fenomenal pentru mine faptul că a ridicat privirea... simțeam că vom putea fi împreună pe drumul acesta chiar dacă ea nu realizează asta deocamdată. Nici măcar nu am simțit rezistența, ci doar indiferența, detașarea, ceea ce mă sperie întotdeauna mai mult să regăsesc la pacienți. Prefer de mii de ori mai mult disperarea, zbuciumul, furia, angoasele, dar nu răceala și înghețarea. Acesta este unul dintre motivele pentru care mi-e așa de greu să lucrez cu anorecticele: sunt altundeva. Iar faptul că eu nu știu unde sunt pare nerelevant în raport cu faptul că nici ele nu știu. Clienta mea avea un aer ofelian și totuși ancorat în realitate, mai

probabil tocmai pentru a fi pregătită în orice moment pentru „atacul" care se va îndrepta asupra ei. Părea extenuată de multiplele consulturi pe care deja le efectuase pe parcursul a șase luni și care nu conduseseră la niciun rezultat. Am întrebat-o timid la ce rezultat se aștepta ea și cum se aștepta să se producă? Așteptând? A privit prin mine spunându-mi că nu înțelege întrebarea. Eu în schimb am înțeles răspunsul.

Sigur că părinții au insistat să-mi descrie ei simptomatologia pentru că „ei știu mai bine ce se întâmplă". Întotdeauna când se ivește această frază stau și mă întreb oare ce părere trebuie să ai despre tine însuți ca să poți crede că știi mai bine ce simte sau gândește altcineva? Din păcate, cunosc chiar unele exemple de terapeuți cărora li se pare că și ei știu mai bine ce gândește clientul, ceea ce mă îngrozește, pentru că pe părinți măcar nu te poți supăra, având în vedere transferul afectiv al acestora în relațiile emoționale... dar terapeutul? Tocmai cel care se califică atât de mulți ani prin formare ca să poată să fie de acord cu faptul că niciodată nu va ști mai mult decât clientul, cel puțin acest lucru trebuie învățat, dacă nu resimțit. Să fie de vină nevoia de putere sau cea de grandoare, sau cea de certitudini ale terapeutului despre el însuși? Lucrez deseori pe această problemă în grupurile de supervizare pe care le conduc, dar nu am reușit încă să înțeleg pe deplin acest proces. În schimb, ceea ce mi-au transmis părinții prin atitudinea lor a fost, conform așteptărilor mele, nevoia acestora de control și de deculpabilizare... de parcă ar fi cineva de vină. Un alt concept deseori folosit și resimțit înainte de a fi clarificat, cu consecințe adesea dezastruoase asupra echilibrului personal, dar voi reveni asupra acestui fapt.

În fine singure... fiecare în singurătatea ei... a mea să fie oare cea a „alergătorului de cursă lungă"? Dar să-mi amintesc că nu

pentru mine mă aflu acolo. Dar nu intervin... o las pe ea să deschidă subiectul. Tăcere... apăsare... sunetul asurzitor al tăcerii... am surzit cu totul... sper să nu și orbesc căutându-i privirea care nu se mai ridică. În final, o întrebare: „Ce doriți să vă spun?" „Orice simți că poți sau vrei, nimic din ce crezi că trebuie." A mijit un surâs sceptic în colțul gurii și a început să-mi descrie comportamentul ei. „Eu sufăr de anorexie, vărs de aproximativ 7 până la 12 ori pe zi tot ceea ce mănânc, nu mă pot abține în raport cu alimentația..." Aproape că am fost dezamăgită că vorbeam chiar atât de direct despre asta, mă așteptam inițial la negări, rezistențe, defense grele și când colo am primit pe tavă, sec, rece și organizat, totul, cel puțin la nivelul aparențelor, cu excepția unui diagnostic greșit pe care evident și l-a însușit de la unul dintre consulturi. Simțeam ceva suspect, în afara inautenticității emoționale la care de fapt mă așteptasem. De parcă acest comportament devenea însuși mecanismul defensiv în fața unuia mult mai lăuntric, mai profund și mai dureros. Indiferent că era așa sau chiar își asuma problema (fără elemente de culpabilizare), a reușit să mă surprindă și am simțit declicul transferențial dinamic al apartenenței mele la acest proces care începea să se construiască. Desigur că o altă surpriză a fost cea diagnostică: în urma descrierii comportamentului alimentar, acesta s-a dovedit a fi încadrabil în tipicul bulimiei și nicidecum al anorexiei.

Era o adolescentă care se alimenta compulsiv, se culpabiliza și apoi vărsa spontan, de aproximativ.... și acum țineți-vă bine... douăzeci de ori pe zi. Fusese la tot felul de medici, la tot felul de nutriționiști, psihologi, vraci, biserici. Mai mult dusă decât plecată, mai mult supusă decât convinsă. Nici acum nu era altfel, dar cel puțin putea vorbi singură despre ea. Evident că i-am garantat din nou că acest cabinet poate deveni locul în care poate începe într-adevăr să intre în relație cu ea însăși, așa cum probabil că nu făcuse până acum, și că decizia de a-și modifica sau nu acest comportament îi aparține, dar măcar să știe că ea dorește să continue acest lucru și că nu trebuie ca acest comportament să o controleze pe ea, pentru că „presupun că îți place să deții controlul atât asupra lucrurilor, cât și asupra ta, și tot ceea ce faci este perfect". „Cum adică? Eu totdeauna sunt criticată în raport cu sora mea mai mică... E adevărat că fac multe lucruri bine, mai ales școala, dar din cauza acestui comportament toată familia mă critică de parcă nu aș fi nimic altceva decât această problemă." „Pot să te asigur că și acest comportament îl faci perfect, pentru că ai reușit să ajungi exact la greutatea la care ai dorit (37 kg la 171 cm înălțime!!!) și puțini oameni reușesc să aibă atâta voință."

Intervenția paradoxală și-a atins scopul, clienta fiind extrem de contrariată, dar în același timp satisfăcută că în fine cineva este de acord cu ea, ceea ce mi-a și comunicat. Sigur că am completat că în procesul nostru terapeutic nu greutatea pe care și-a impus-o ne deranjează, ci calea pe care a ajuns să atingă acest deziderat. Deci, implicit, dacă vom găsi o cale alternativă de a menține acest beneficiu al simptomului, atunci cu siguranță își va putea menține „look-ul" fără să mai fie necesar să recurgă la vărsătură, deci implicit va controla „input-ul", și nu „output-ul", care nu va mai fi necesar dacă va controla cât mănâncă. A pufnit-o râsul și mi-a spus: „Sunteți prima persoană care spune unei persoane slabe că trebuie să țină cură de slăbire". Ce frază eliberatoare: deci avem și umor. Mi-a comunicat foarte încântată și eliberată ideea că majoritatea o forța să mănânce și implicit să se îngrașe, ceea ce a simțit ca periculos din partea tuturor specialiștilor pe la care se perindase. I-am spus că e liberă să preia controlul asupra alimentației și să creeze strategii alternative posibile de obținere a

obiectivului propus, ceea ce a și făcut cu o rapiditate uluitoare, pentru început la nivel de posibilitate. Știam că nu va fi așa ușor, dar ea a căpătat motivația și speranța că va putea schimba ce va dori fără să-i impună cineva nimic. Eram împreună.

Am realizat că progresiv putem trece în prima etapă de muncă terapeutică, respectiv cea de creare a alianței terapeutice, bazată în principal pe tot ceea ce va însemna transfer–contratransfer, congruență, empatie și acceptare necondiționată, conform principiilor rogersiene legate de terapia centrată pe client. Odată cu următoarele ședințe, pasul de observare–distanțare începea să capete contur pe parcursul structurării interviului, doar că simțeam că devine mai degrabă observare–atașare, observare–confruntare, observare–tatonare. Ceea ce devenea tot mai contrariant pentru mine erau seninătatea și sinceritatea nemotivantă cu care aborda subiectul problematic... îmi transfera o nonimplicare, de așteptat de altfel, dar în același timp o bagatelizare a problemei și implicit o bagatelizare a ei însăși, de parcă era o caricatură grotescă a ceea ce fusese sau ar fi putut deveni până în acest moment. Ca atare, am simțit nevoia să șochez ca să o pot responsabiliza în raport cu situația și pentru a reuși să realizeze că această problemă nu este separată de ea, ci este integrată în ea, acestea nefiind două lucruri diferite despre care putem discuta la un „small talk". Simțeam că poate duce adevărul și că probabil toată lumea s-a sfiit să i-l spună tocmai pentru că era extrem de dur și de crud. Nu mint niciodată clienții, știind cât de important poate să fie acest lucru în raport cu autenticitatea terapeutică și umană, la urma urmei, dar nu aș vrea cumva să mă suspectați că în viața mea personală nu am mințit, nu mint și nu voi minți. Evident că o să fac acest lucru și mi-l asum în egală măsură, mai greu este când mă mint pe mine însămi și nici nu realizez acest lucru, și

uneori este și mai grav când, după ce încep să realizez că mă mint, continui să fac acest lucru cu toate strădaniile de a mă opune acestui dezastru. Similitudinile cu clienta mea și nu numai sunt întotdeauna devastatoare, dar au mari beneficii în ceea ce privește oportunitatea pe care ți-o dau astfel de trăiri la nivelul destigmatizării autentice a oricărui client și în egală măsură la ruperea acelor granițe absurde de tipul „Ei" și „Noi".

Deci am riscat, dar nu am mințit când am întrebat-o dacă știe spre ce poate conduce acest tipar de viață în timp, nedelimitând noțiunea de „timp", dar lăsând să se subînțeleagă că nu este prea departe de momentul actual. Evident că este extrem de greu ca la 16 ani să poți da un răspuns la o astfel de întrebare și, după multe momente de tăcere, ca un bun terapeut ce era însăși clienta (pentru că noi știm că clienții noștri sunt propriii specialiști în terapie), m-a rugat pe mine să-i spun pentru că nu s-a gândit niciodată la această întrebare și nici la ideea că timpul ar putea schimba ceva în raport cu această problemă sau chiar cu ea însăși, cu toate că era evident că răspunsul plutea în mintea ei, dar era extrem de dificil de pronunțat, evident fiind încă în starea de „criogenie" (frozen), iar ea spera să îl lase acolo până se va hotărî să facă ceva pentru a reveni la viață. Confirmarea posibilității morții a fost cea care a reușit, unii ar spune paradoxal, să o facă să se dezmeticească, să se motiveze, să-și pună probleme de asumare de timp, de respirații, de emoții ca să ia cunoștință că există, că ființează pe acest pământ alături de ea însăși și de aspirațiile ei. Iată, o dată în plus, cum ideea eventualității morții este, în mod aparent paradoxal, generatoare de viață.

Dar oare care puteau fi motivele pentru care clienta mea să se fi îndepărtat de ideea de a-și asuma trăirea emoțională a vieții și, nu în ultimul rând, corporală? Ce putea să o facă să-și doreas-

că atât de pasional să se „umple" de viață și de satisfacția trăirii depline a acesteia prin sublimare (prin alimentație), pentru ca în secunda imediat următoare să se autopedepsească deșertând tot ce îi generase satisfacție (prin vărsătură), de parcă nu ar fi avut dreptul la ceva plăcut, de parcă nu putea să se mulțumească cu acest tip de „plin"? Trebuia să rămână goală și să elibereze pe această cale alternativă tot ce nu putuse să elibereze până acum, tot ce nu putea exprima la nivel verbal, dar trebuia totuși să externalizeze, atât de multă frustrare, furie reprimată, cuvinte nespuse sau care ori de câte ori au fost spuse nu au fost înțelese, ci doar auzite de cei dragi, fără să capete sensul expectat? Probabil că această alternanță de cupluri de ambivalențe, plăcere–durere, satisfacție–dezamăgire, dorință–angoasă, împlinire–culpă, derulate în aceeași ordine, era singura care îi mai dădea de știre că trăiește, de aceea era necesar ca acest lucru să se deruleze uneori de până la 20 de ori pe zi. Se confirma senzația inițială a beneficiului secundar al simptomului, de care afirmativ dorea să se elibereze în mod conștient, rațional, dar care la nivel inconștient deținea puteri benefice de confirmare a existenței sale și menținându-și viața susținând că „nu are cum să moară în condițiile în care mănâncă atât de mult" (interesant, tocmai am discutat că și „nouă" ni se poate întâmpla să ne autoamăgim, doar că metodele sunt diferite, nu-i așa), dar pierzând din vedere că-și arunca totul din ea tocmai pentru ca nu cumva să se poată raporta la viața în libertate. Acest comportament devenise singura cale de comunicare, prin singura metodă pe care o putuse găsi inconștientul pentru a simți corporal ceea ce emoțional nu-și putea permite să simtă, nu știam încă din ce motive.

Am realizat dintr-odată că nu se poate pune problema să-și dorească să simtă din nou diversitatea tipurilor de emoții care al-

cătuiesc ideea de a fi în viață, cum ar fi să-ți poți permite să simți bucurie, tristețe, iubire, ură, teamă, furie, relaxare, tensionare, dorință, obligație, care, trăite toate împreună, pot oferi complexitatea ce îți confirmă că ești viu, că simți, exiști. Sigur că nu puțini sunt oamenii și/sau clienții care consideră că, pentru a putea afirma că ai o viață bună, este necesar să fii fericit permanent. În cazul în care așa ceva ar putea fi posibil, și am avea parte pe parcursul vieții doar de bucurie, iubire, extaz, relaxare, mă întreb atunci cum le-am mai putea aprecia ca existente, din moment ce ar deveni obișnuite, comune. Tocmai din acest motiv avem nevoie de trăiri antagonice, pentru că cele neplăcute pot da valoarea, motivația și dorința de a le face pe cele plăcute să apară, luând în calcul în egală măsură că situațiile neplăcute generatoare de emoții negative îți pot oferi experiențe valoroase, deoarece poți determina foarte exact care sunt tipurile de greșeli pe care ți le poți reproșa, tocmai pentru a nu le mai repeta. Nu am văzut niciodată oameni sau societăți care să se dezvolte, să evolueze în perioadele de automulțumire și autosatisfacție pe care evident că nimeni nu-și dorește să le modifice, fiind atât de încântătoare. Perioadele de zbucium, zbatere, suferință, frustrare, angoase, furie, dubitație sunt cele care te fac să aluneci în profunzimile tale, pentru a găsi acolo resursele creatoare, curajul de a le folosi și curiozitatea de a le experimenta, pentru a putea progresa pe scara spiralată evolutivă. De aceea deseori susțin necesitatea trăirii suferinței, ca una dintre căile specifice de evoluție și dezvoltare. În timp ce făceam aceste remarci, căutam căi prin care să ajungem la acele puncte generatoare de suferință, care probabil nu fuseseră consumate până în momentul de față, știind în același timp că toți cei din jur nu au căutat să-i ofere nimic altceva decât motive de bucurie, fericire și satisfacție, celebrele fraze de tipul „îți

oferim tot ce-ți dorești, numai să fii fericită". Se pare că nimeni nu-și dorea să-i permită să fie nefericită sau chiar tristă, dacă asta era necesar sau dacă îi genera mulțumire, pentru a-și putea trăi autentic starea reală și firească în raport cu o posibilă psihotraumă în trecutul ei. De aceea nu s-a simțit băgată în seamă, pentru că a te băga cineva în seamă nu înseamnă să-ți ceară să fii fericit și să-ți și reproșeze, dacă este posibil, că nu ai niciun motiv să fii altfel, deoarece pe lume sunt atât de multe persoane cu probleme mult mai grave (de parcă există o scală pentru situații în care îți poți permite să suferi și altele în care îți este interzis, individul și conceptele acestuia despre fericire fiind extrem de diferite și individualizate), sau dacă totuși îți sesizează tristețea, să-ți spună senin fraze de genul „timpul le rezolvă pe toate".

Să te bage cineva în seamă se referă în special la oferta acceptării stării tale ca fiind personală și, ca atare, autentică și a o respecta, chiar dacă nu-i convine foarte mult. Acest lucru nu se întâmpla până acum în viața clientei mele, dar simțeam împreună că suntem pe calea de a ne putea permite să generăm acel sentiment atât de dramatic care a făcut-o să-și înghețe cu totul emoțiile pentru a putea supraviețui. Mă simt nevoită din nou să fac o remarcă referitoare la cauzele atât de des vehiculate legate de tulburările de comportament alimentar, în special la trendul fizic al adolescentelor, care toate visează să devină fotomodel, deziderate care conduc la modelul atractivității satisfăcut prin numărul de kilograme. Nu era cazul de așa ceva, cu toate că avea modificări de schemă corporală, susținând că se considera plinuță și era nemulțumită de look (clienta având 37 kg la o înălțime de 171 cm).

Pe tot acest parcurs, clienta mea se lupta cu ea însăși, progresa timid, se dezvolta și la un moment dat mi-a comunicat: „Nu mai am nici ciclu de ceva vreme, sunt împietrită, nici femeie nu voi mai fi și evident nici copii nu o să pot face, nimeni nu mă vrea, nimeni nu mă place, sunt pedepsită pentru greșelile mele și de fapt nici nu cred că merit mai mult". Conflictul bazal își anunța intrarea în scena terapeutică, realizând implicit spargerea amorțirii emoționale, așa că am apăsat, chiar dacă știam că voi produce suferință, pe pedala „dezghețării" emoțiilor negative și a arderii intense a lor până la nivel de cenușă, pentru ca apoi să poată renaște (prin reframing) ca pasărea Phoenix din propria cenușă, eliberată de cutumele trecutului. Devenise evidentă necesitatea de a accesa inconștientul clientei prin tehnici hipnotice regresive, în căutarea acelui copil interior care este acum sub protecția adolescentei care a devenit.

În urma acestui demers s-a derulat un element catharctic de identificare a unui conflict bazal semnificativ de tipul unui abuz sexual care a survenit în fragedă copilărie, regăsind acel copil rănit în interiorul corpului său. Și unde altundeva ar fi putut fi situat decât în interiorul stomacului, ghemuit într-o poziție fetală (deci nenăscut?), culcat pe curbura acestuia, tăcut, terifiat, îngrozit, incapabil de a se apăra sau a le comunica celor dragi ce s-a petrecut. „Acum îmi dau seama ce s-a petrecut atunci, dar nu înțeleg cum de am putut uita... și de ce nu am făcut legătura până acum? De aceea evit cât pot să mă apropii de băieți, cu toate că am simpatii și chiar dorința de a avea un prieten, dar am crezut că doar pentru că sunt timidă și ceilalți nu mă plac, pentru că mă invidiază că învăț și arăt bine. Preferă să nu mă abordeze."

Revelația descoperirii acestei amintiri „pierdute" a determinat, pe lângă beneficiul siptomului de a comunica pe o cale alternativă toată greața metafizică sartriană externalizată ca manieră de echivalare a durerii și suferinței, un nou beneficiu, aparent greu de înțeles și acceptat inițial la nivel conștient, legat de calea pe care inconștientul a găsit-o de a nu-i permite să de-

vină „femeie", pentru a rămâne „fetiță", ceea ce o va scuti pe viitor de tot ce înseamnă „corvoada de a deveni femeie". Nici că se putea mecanism protectiv mai bun, care justifica implicit întreținerea simptomului, cu toate că afirmativ își dorea un prieten, ca să nu-i spun iubit. Un alt simptom care a venit în confirmarea acestei teorii a fost faptul că nu mai prezenta de doi ani cicluri menstruale, ceea ce confirmă la nivel simbolic că și-a întrerupt ciclul feminității, respectiv al posibilității de a se împlini ca femeie prin virtuala sarcină care să conducă la nașterea unui copil. Momentul în care ciclurile s-au reluat mi-a confirmat că suntem pe urcușul valului și că putem spera ca aceasta să permită organismului ei să câștige și în greutate, evident până la nivelul pe care l-a stabilit inițial ca limită superioară acceptată.

Abia acum, după ce clienta a înțeles mecanismul cauzal psihodinamic de generare a simptomelor, am simțit claritatea și dorința acesteia de vindecare, cu toate că suferința era generată în același timp, dar nu mai era înghețare, anulare, indiferență, detașare. Era înapoi în viața ei, fremătând de dorințe, măcinată de suferințe, dar și de speranțe. „Încep să simt din nou, dar sunt sentimente contradictorii, permise și nepermise, care mă amețesc, mă copleșesc și reușesc să umple acel gol pe care l-am resimțit atât de mult timp și pe care am încercat să-l acopăr aruncând mâncare peste el, dar de fapt doar mi-am hrănit golul și l-am întreținut să rămână la fel. M-am autosabotat. M-am săturat de toate și vreau să pot să simt tot ce e de simțit în viața asta. De aceea amestecam mâncărurile și nu mă puteam opri din ele, pentru că-mi imaginam că asta îmi aduce satisfacție și mulțumire, dar de acum o să mănânc foarte mult și tot timpul, dar nu mâncare, ci o să mănânc toate experiențele pe care mi le dă viața și o să-mi permit să simt tot ce este de simțit pe pământ. Nu îmi mai este frică să simt, îmi este frică să nu ajung iar să nu mai simt..."

A devenit puternică, autodeterminată și necondiționată, ceea ce mi-a generat un profund respect, pentru că îți trebuie o mare putere și voință să reușești să te anulezi atât de semnificativ încât să-ți faci rău de 20 de ori pe zi și să te pedepsești pentru „vina" de a fi fost acolo în acea zi. Venise momentul legat de nevoia de deținere a controlului asupra ei și de imposibilitatea de a-și putea permite măcar ideea de a-și pierde controlul, cu toate că pierdea controlul zilnic în timp ce se alimenta și îl deținea paradoxal atunci când vărsa, deoarece aceasta îi asigura acel beneficiu de a nu-și permite să devină femeie, având în vedere că drumul feminității era presărat cu pericolul de a fi abuzată la orice pas, conform anticipării posibilității repetării experienței primare suferite. Exprimarea furiei ar conduce la ideea pierderii controlului, dar și la o sinceritate periculoasă din punctul de vedere al posibilității de a fi judecată de ceilalți, pe când trăirea anxietății ar conduce la ideea deținerii controlului și implicit la acea tăcere care este deseori confundată cu obediența, în ritualul căreia a fost crescută și care nu este vizibilă în exterior (pentru cei care nu au ochi). Cert este că trăirea anxioasă era de preferat celei impulsive, agresive, tocmai pentru a deține controlul care îi putea da falsa senzație că este puternică și sigură pe ea. Dar este oare posibil să deținem controlul? Dacă ar fi posibil, ar însemna că putem anticipa viitorul, ceea ce știm cu toții la nivel de truism că nu este posibil, chiar dacă uneori ni se pare că l-am deținut. Nemaivorbind că dacă, prin absurd, am reuși să-l deținem, la ce ne-ar ajuta? Amintiți-vă cât de tensionați vă simțiți atunci când dețineți controlul. Oamenii doresc de obicei să fie relaxați, detensionați și să experimenteze senzații plăcute, liniștitoare. Acestea se pare că sunt asigurate de momentele de pierdere a controlului, nu de cele de deținere a lui; atunci când ne permitem să pierdem controlul ne simțim re-

laxați, detașați, explorând senzații de eliberare și sublim. Din acest motiv, mă întreb deseori de ce doresc oamenii ceva ce nici măcar nu le face plăcere, ceva ce îi limitează, îi îngrădește, le fură libertatea și implicit îi face dependenți, indiferent la ce tip de dependență ne referim (de la cea alcoolică până la cea de televizor, prieteni, alimentație, iubire etc., nu că vreo dependență ar fi mai ușor de dus decât alta). De aceea, necesitatea implicită devine să putem să atingem niveluri ale libertății, dar care să nu devină una de tip anarhic, ci una asumată, și odată ce acest fapt se petrece implicit la nivelul inițial al deciziei interne care se derulează înainte de acțiunile noastre, acestea vor conduce la posibilitatea deținerii controlului asupra pierderii controlului sau a pierderii controlate a controlului. Atingerea acestui nivel al libertății nu face în mod necesar viața mai simplă, dar cu siguranță o face mai asumată și autentică emoțional, ideativ și comportamental, acest fapt conducând clienta pe o cale dificilă, dar plăcută tocmai pentru că va putea permite oricărui sentiment sau emoție să apară, însă nu oricând, ci doar atunci când libertatea personală va selecta ce nevoi are, spre ce dorește să se îndrepte principial și personal.

Mai probabil este că vă doriți un tip de deznodământ faptic care să se încununeze cu un fel de happy-end, dar pentru mine nu există happy-end-uri, ci mai degrabă „happy-start"-uri, ca atare, cu toate că, de obicei, după încheierea procesului terapeutic nu dețîi informații despre maniera în care s-a derulat faptic viața clientului, pot să vă destăinui că lucrurile merg la ora actuală mult mai bine, clienta asumându-și progresiv, încă din perioada terapeutică, diverse căutări de implicări afective. Distorsiunile alimentare au fost reduse semnificativ, mai concret existând momente de reapariție a comportamentului bulimic, însă doar în relație directă cu o traumă și întotdeauna printr-o liberă decizie de a permite derularea până la capăt a acestuia sau de câte ori stabilește prin dialogul cu propria persoană ca fiind necesar, fără să fie însoțit de culpabilizare, din moment ce nu pierde controlul, ci controlează decizional pierderea controlului, ca un „preț" plătit uneori tocmai pentru ca acest comportament să nu se mai repete necontrolat. Aceasta îi oferă posibilitatea să dețină energia și motivația de a continua explorarea propriei existențe, cu tot ce poate însemna acest cuvânt la nivelul trăirilor emoționale personale interioare și al măsurii în care decide permisivitatea externalizării lor.

Și așa s-a hotărât clienta mea să crească după ce, scârbită fiind de ce-i oferă viața, se hotărâse să rămână fetiță, amintindu-mi de dramatica „Tobă de tinichea" a lui Günther Grass, doar că ea este varianta feminină și, spre deosebire de personajul cărții care a rămas „pitic" pentru că așa a decis el pentru el însuși, ulterior crescând tot ca urmare a propriei libertăți de decizie, ea nu a avut șansa să decidă în copilărie pentru ea. Dar odată ce și-a creat ocazia să înțeleagă că are libertatea de a decide, acum a hotărât să „crească".

Sunt mereu uimită de abilitatea fiecărui pacient de a găsi calea personală a devenirii și a implicării în propria existență, ca element dinamizator și de reîncărcare energetică. Resimt acest element de fiecare dată când realizez că rupe ațele de marionetă ale persoanei, care începe să se descurce pe cont propriu, fiind dispusă să mai cadă din când în când, dar nu și să mai fie legată cu ațe. Fiecare om lasă amprente metamorfotice asupra minții și inimii mele, prin demersul profund de a se ridica în fața vieții lui și de a parcurge propriile lui trasee de viață, prin labirintul luminat de propria lui dorință care oferă o cale de căutare a răspunsurilor și sensurilor prin schimbare. Doresc ca tot mai multă lume să își asume dorința și libertatea de a „crește", indiferent dacă a rămas mic sau nu.

ALFRED DUMITRESCU

- Curs de formare în psihoterapie psihanalitică organizat de Fundația Româno-Olandeză de Psihoterapie Psihanalitică, 1995–1999
- Psihanalist, membru direct al International Psychoanalytic Association — 2001; psihoterapeut certificat în psihoterapie psihanalitică de către Federația Română de Psihoterapie, cu drept de supervizare; membru fondator (1990) și președinte al Societății Române de Psihanaliză — 2006–2008; membru fondator și actual președinte al Fundației Romano-Olandeze de Psihoterapie Psihanalitică
- Peste 25 de ani de experiență în psihoterapie și psihologie clinică
- Deviza personală ca psihoterapeut:
  Psihoterapeutul ca persoană totală este instrumentul oricărei psihoterapii.

Vulcanul

„Ura, ca modalitate de relație, este mai veche decât iubirea."

(S. FREUD, „INSTINCTE ȘI DESTINE ALE INSTINCTELOR", 1915)

Preambul

Ideea unui volum care să prezinte într-o manieră directă și accesibilă tipuri diferite de psihoterapie și, în interiorul acelorași „școli", diferite modalități personale de abordare a relației terapeutice mi se pare extrem de oportună, în acest moment în care psihoterapia capătă o prezență mediatică din ce în ce mai importantă.

Am răspuns de aceea cu entuziasm invitației Editurii Trei și am interpretat-o ca pe o ocazie de a oferi cititorilor posibilitatea de a fi părtași la măcar o frântură din ceea ce, pentru mine, reprezintă poate cea mai mare „aventură" din viața unui om: întâlnirea cu un altul care, prin cunoștințele, experiența și — mai ales — travaliul asupra propriei sale persoane, îi poate mijloci descoperirea unor resurse nebănuite.

Și aș dori foarte mult ca dumneavoastră, cititorii acestui volum, să abandonați cât mai rapid tentația firească de a face comparații („hai să văd care metodă de psihoterapie e mai eficientă?") și să vă lăsați purtați de cuvintele noastre și ale pacienților noștri pentru a ne însoți, oricât de parțial, pe acest „drum către sine" (al pacientului și al terapeutului deopotrivă) care este, în definitiv, traseul oricărei psihoterapii.

Cred că doar astfel veți putea face — dacă și când va fi să fie — o alegere cu adevărat în acord cu nevoile și aspirațiile dumneavoastră.

Dacă ideea acestei lucrări m-a incintat, modalitatea concretă de a contribui la ea s-a dovedit a fi ceva mai complicată, și asta pentru că prezentarea publică a unui caz de psihanaliză este întotdeauna un exercițiu extrem de dificil: este nevoie, pe de o parte, de suficientă acuratețe pentru a face posibilă transmiterea unei experiențe unice de întâlnire cu celălalt și, pe de altă parte, de suficientă disimulare pentru a asigura anonimatul desăvârșit al pacientului.

În spațiul care îmi este alocat în cadrul acestui volum voi încerca să îndeplinesc ambele obiective și să vă îndrept atenția mai puțin către detaliile tehnice sau istorice ale cazului și mai mult către o suită de secvențe care, în opinia mea, pot ilustra modul în care psihanaliza — adică relația dintre un analizand și un analist — „lucrează".

Contextul

Am cunoscut-o pe Ella în urmă cu mai mulți ani; făcea parte dintr-un grup de studenți care participau la un seminar opțional de psihanaliză, deschis și celor ce făceau studii de medicină.

La vremea aceea psihanaliza era încă percepută ca o noutate revoluționară în lumea academică și genera o mare implicare intelectuală și, bineînțeles, emoțională din partea multora dintre cei care audiau aceste prelegeri.

Spre deosebire de mulți dintre participanți, care se străduiau să „iasă în față" cu intervenții adesea provocatoare și înduioșător-iconoclaste, Ella era o prezență tăcută și discretă și nu afișa vreun entuziasm deosebit față de temele aduse în discuție. Mai mult chiar, cred că încerca mai degrabă să se facă nevăzută în spatele celor care foloseau din plin „seducția în oglindă" care hrănește atât de bine narcisismul profesorilor și transformă cu iuțeală un student obișnuit într-un preferat al acestora.

Îmi aminteam, așadar, de ea ca de o tânără liniștită, mai degrabă pasivă și cu un aer cumva îmbufnat, ca și când cele ce se petreceau în jurul ei îi provocau o nemulțumire surdă; și mai cred că nu o văzusem niciodată zâmbind, nici chiar atunci când, pentru a menține trează atenția auditoriului și a-mi asigura simpatia acestuia, încercam câte o „glumiță" pe marginea textelor discutate.

În acele timpuri de pionierat, mișcarea psihanalitică din România era foarte vizibil „împinsă de afecte" și eu însumi eram convins că a face dovada entuziasmului și „credinței" în puterea ei miraculoasă era o condiție aproape obligatorie pentru a deveni „un bun pacient de psihanaliză".

Am fost deci destul de surprins de cererea ei de a începe o analiză personală cu mine, cerere care a venit la puțină vreme după încheierea examenului — o modalitate frecventă în acea vreme în care erau foarte puțini practicieni, chiar dacă nu foarte recomandabilă din cauza numeroaselor „reziduuri" cu care

relația profesor–student preexistentă va parazita în mod inevitabil analiza.

Programul meu era foarte încărcat în acea perioadă, astfel încât nu am putut da curs cererii ei la momentul respectiv.

A revenit însă câțiva ani mai târziu și, de această dată, am putut începe împreună o analiză.

Ella

Fiica mijlocie a unui cuplu cu educație medie care ducea o viața confortabilă din punct de vedere material, Ella își descrie copilăria ca fiind *„deosebit de traumatizantă"*. Cea mai mare parte a primului an de analiză a constat în relatarea — inițial cu o voce mai degrabă plată care, în timp, devenea din ce în ce mai încărcată de furie — a numeroaselor ocazii în care tatăl ei venea acasă *„după un pahar în plus"* și o agresa verbal pe mama ei, folosind orice mic pretext. Ella însăși fusese frecvent supusă agresiunilor verbale ale tatălui ei, dar nu își amintea ca acesta să fi folosit vreodată violența fizică la adresa ei.

Cât despre mama ei, Ella o descrie ca pe *„o femeie slabă și nefericită"* care *„a făcut cât a putut"*, fără a fi însă capabilă să-și protejeze copiii sau pe ea însăși de abuzurile soțului ei.

Acest portret de familie în două culori — un tată *„rău"* și o mama *„prea bună"* — era completat de câteva alte figuri mai degrabă palide: bunici locuind departe, în provincie, și a căror prezență se făcea rar simțită în viața Ellei, un frate și o soră aflați la o diferență de vârstă prea mare pentru a *„face echipă"* cu ea.

Povestea vieții ei se desfășura ședință după ședință, plină de tristețe și de furie (încă) tăcută: copilăria *„cu cheia de gât"*, ea mereu retrasă și incapabilă să se bucure de compania celorlalți copii, eforturile de a lua note mari în școala primară în ciuda lipsei unor încurajări sau laude din partea părinților, sentimentul permanent de singurătate acasa, în prezența unei mame supraocrotitoare, dar inconstante, a unui frate mai mic cu care nu simțea a avea vreo legătură și a unui tată pe care îl percepea ca *„rece"* și necultivat, rușinea de a fi fiica unor părinți pe care, pe măsură ce creștea, îi percepea ca *„primitivi"*, *„needucați"* și preocupați exclusiv de trivialitățile existenței (*„bani, mâncare, lucruri"*).

O viață dominată de rușine și dispreț față de părinții și de rudele ei (*„niște țărani primitivi"*), de teama și de invidia față de copiii mai norocoși, cei care aveau familii *„cumsecade"* și părinți educați *„care citeau și le cumpărau cărți"*.

Mai apăreau în relatările Ellei câteva colege de școală, fete pe care Ella le vedea ca având părinți „I", vieți „normale" și cărora — mai ales — *„nu le era rușine"* cu familiile din care proveneau. Ele erau *„modelele"* pe care, pe rând, le admira (pentru frumusețea, inteligența, succesul lor școlar și social sau pentru faptul de a avea părinți *„intelectuali"*) și în compania cărora încerca să stea cât mai mult timp cu putință (la școală, la ele acasă, la sfârșit de săptămână) cu dorința de a deveni prietene ***„inseparabile"***.

Mă întrebam dacă era oare îndrăgostită de aceste fete? Era, cu siguranță, îndrăgostită de viețile lor și încerca să se refugieze în ele pentru a evada din viața ei.

O nouă prietenă apare ca o figură salvatoare în ultimii ani de liceu; Ella o descria pe Tamara în termeni pe care nici prin gând nu i-ar fi trecut să-i folosească pentru a se descrie pe sine: frumoasă, inteligentă, bine-crescută și cultivată.

Apoi facultatea, parcursă nu cu mare dificultate, dar nici cu ușurință și — mai ales — nu cu plăcere și, mereu, același simțământ

de a fi „nepotrivită, nelalocul meu, inferioară celorlalți din cauza mea și din cauza LOR (A FAMILIEI)".

Această *„rușine"* — de familia ei, de rădăcinile rurale ale părinților ei, de rezultatele ei școlare și chiar de felul în care arăta — părea să fi fost trăirea dominantă a Ellei pentru cea mai mare parte a vieții ei.

Analiza

În momentul începerii analizei, Ella își încheiase cu succes studiile medicale și lucra într-o clinică de renume.

În timp, imaginea portretului de familie în două culori a evoluat către cea a unui cuplu parental reunit și coeziv, pe care îl percepea ca încercând permanent să o mențină sub control: mama prin rugăminți și promisiuni de a-i satisface orice dorință (mai puțin cea de independență) și tatăl care folosea din plin șantajul material sau amenințările cu abandonul absolut atunci când Ella încerca să-și manifeste tendințele spre autonomie.

Imaginea idealizată a mamei care *„făcuse tot ce-i stătea în putință"* se ofilea și ea pe măsură ce apăreau amintirile unui abandon precoce și realizarea faptului că multă vreme aceasta o folosise ca „scut" față de tatăl ei.

Întregul ei peisaj relațional era populat la acea vreme cu figuri persecutorii: părinți intransigenți, colegi ironici și agresivi, șefi excesiv de autoritari.

Și eu, unde și cum apăream în povestea ei?

La prima vedere, păream a fi doar un martor exterior al lumii ei, cineva cu care întreținea o relație neutră, strict „profesională".

Ella își menținea fără abatere poziția de „pacient perfect" care respecta cu strictețe cadrul analitic și nu pomenea niciodată nimic despre relația noastră, cu atât mai puțin ceva despre trăirile ei în raport cu relația sau cu mine. Încercările mele (destul de rare, de altfel) de a face vreo legătură între cele spuse de ea în ședință și relația noastră erau mereu respinse printr-un răspuns evaziv (*„păi, poate... nu știu"*) urmat de un interval de liniște și, apoi, de schimbarea subiectului.

Pe parcursul analizei Ella a oscilat între a-și exprima nemulțumirea față de dependența de care dădea dovadă (dependența de părinți, de cercul de colege și cunoștințe *„care se pretind atât de deștepte"*, de șefa ei dictatorială) și a-și clădi, pas cu pas, suficientă încredere în sine pentru a-și definitiva studiile, a se muta din apartamentul părinților, a descoperi atracția erotică și plăcerea sexuală, a încheia relațiile cu unele dintre „prietenele" pe care le admira, invidia (și ura?) atât de mult pentru succesul lor și, spre final, pentru a începe o relație care s-a dovedit a fi de lungă durată cu un tânăr pe care îl aprecia cu adevărat.

Fiecare pas a fost greu, a cerut mult timp (părăsirea apartamentului părinților a fost o adevărată odisee presărată cu mici triumfuri, dezamăgiri dureroase, pedepse și sentimente de vinovăție) și a generat mișcări regresive de audodepreciere și angoase de catastrofă — abandon (moarte?).

Și la fiecare pas edificiul ei narcisic fragil amenința să se fărâme; dar Ella a rezistat, s-a „agățat" folosind analiza, folosindu-mă pe mine când ca „suport", când ca „refugiu" (ca atunci când se refugia la prietene?) și, în timp, a găsit suficiente resurse pentru a-și construi noi țeluri de viață.

Cu siguranță, nu a fost o analiză „cu gratificare imediată", unul dintre acele cazuri în care analistul este de la bun început stimulat de bogăția asociativă sau de insight-urile pacientului său (și riscând, din păcate, să ignore tocmai seducția în slujba căreia sunt adesea puse astfel de mijloace).

A fost vorba, pentru mult timp, mai degrabă de răbdare și anduranță (deși nu mă considerasem niciodată până atunci ca având aceste calități) și, mai mult decât orice altceva, despre formularea cu mare grijă a oricărei intervenții din partea mea, aparenta lipsă de reacție a Ellei la vorbele mele făcându-mă poate excesiv de atent la riscul de a o răni.

Uneori doar o „retractilitate" mai pronunțată, manifestată prin întârzierea la ședințe sau absențe (justificate prin unele obligații profesionale sau personale), îmi atrăgea atenția că, poate, una dintre intervențiile mele a fost prea „abruptă" sau prematură.

Am căpătat însă, în timp, extrem de mult respect pentru tenacitatea cu care se agăța de *„lucrurile bune"* din viață și pentru capacitatea ei de a „perlabora" [durcharbeitung] în sensul cel mai propriu al termenului (așa cum este el definit, de exemplu de către Joyce Mc Dougall: *„Perlaborarea se referă în modul cel mai specific la travaliul psihic în procesul psihoterapeutic și la constructele realizate cu atâta dificultate în cursul tratamentului psihanalitic"*).

Mi-am dat seama și că Ella „muncea" cu adevărat în analiză, poate nu foarte vizibil în timpul ședințelor dar, cu siguranță, în intervalul dintre acestea, ca și cum ar fi luat de la mine câte o „bucățică", doar atât cât putea „mesteca" acasă, în liniște, fără teama că aș fi putut s-o forțez să „înghită" mai mult decât se simțea capabilă în momentul respectiv.

Tot în timp am realizat și că nu doar eu eram cel care „mergea ca pe ouă" în această analiză și că, în aceeași măsură în care

eu o tratam pe Ella cu o prudență poate excesivă, și ea făcea mari eforturi pentru a mă „cruța".

Chiar dacă idealizarea masivă de la începutul analizei (exprimată prin afirmații precum *„atunci când mi-e rău mă gândesc că, cel puțin, am cel mai bun analist"*) se redusese simțitor și devenise capabilă să exprime (rareori însă) plângeri despre, de pildă, lipsa mea de suportivitate (*„Știu, știu, e problema mea, nu trebuie să vă pese dumneavoastră de asta"*), Ella se opunea de obicei oricărei încercări din partea mea de a interpreta mișcările transferențiale negative, ca și cum ar fi ținut cu înverșunare să mă (să ne?) protejeze de furia și distructivitatea care mocneau în ea.

Visul

Visul pe care am ales să îl relatez a apărut spre sfârșitul unei ședințe din mijlocul săptămânii, la începutul ultimului an al analizei Ellei.

ELLA: *Eram undeva pe o terasă mare, locul îmi părea familiar chiar dacă nu-l pot plasa undeva anume; erau mai mulți oameni acolo, printre care și eu, și dumneavoastră. Nu știu de ce, dar mă tot înțepați* [mă întrebam dacă la modul propriu sau figurat, am vrut să întreb cu glas tare, dar apoi m-am gândit că distincția nu era neapărat importantă în ordinea asociativă și că o întrebare ar fi întrerupt șirul relatării]; *asta îmi făcea plăcere, pe de o parte, dar, pe de altă parte, era ca o intruziune...* [râde scurt și apoi spune ceva care sună clar ca o interdicție]... *nu vreau să știu mai multe despre partea asta a visului, nici pozitiv, nici negativ... Deodată, de pe terasă am văzut cum venea un val foarte mare, ca un tsunami... mai erau încă și alți oameni pe terasă... până la urmă parcă nu era un val chiar*

atât de mare. Și apoi, în fundal, am văzut cu toții un vulcan în plină erupție.

Ședința s-a încheiat aici și eu mă gândeam că, în cazul în care în ședința următoare nu va reveni cu asocieri legate de acest vis, va trebui să încerc eu să găsesc o „punte".

Ședința următoare.

Ella începe prin a se plânge de câțiva dintre cei împreună cu care lucrează și care nu-și fac treaba așa cum trebuie, dar o critică pe ea pentru modul în care lucrează.

Apoi, după o lungă tăcere:

ELLA: *M-am mai gândit la visul cu vulcanul și mi-am amintit că în urmă cu câteva zile văzusem la televizor o conferință despre vulcani. Am fost foarte surprinsă să aflu că vulcanii au și o parte bună, că, de fapt, ei pot fi și foarte folositori Pământului; se pare că ei păstrează cumva echilibrul planetei și, în felul acesta, sunt benefici chiar și pentru oameni. Nu mă gândisem la ei niciodată în felul acesta, întotdeauna am crezut că nu pot reprezenta decât un pericol. De fapt, dacă îmi amintesc bine, vulcanul din visul meu nu era chiar așa de mare, era destul de micuț, scuipa el lavă, dar nu era cu adevărat periculos, lava mai degrabă curgea domol, nu era o erupție adevărată... Și mă uitam la el... la un moment dat parcă eram chiar lângă el... fără să am sentimentul vreunui pericol.*

ANALIST: Ca și cum nu și-ar fi făcut decât ceea ce era treaba lui?

E.: *Da, ca și valul, nu era periculos, era doar... natural...*

A.: Parcă vulcanul ăsta era precum cineva care se afla într-o „analiză de croazieră", ca dumneavoastră care „scuipați" aici trăirile neplăcute pentru a va menține echilibrul?

E.: [*râzând*] *Da, cam așa...*

[Tăcere îndelungată]

E.: *Curios... acum îmi amintesc cum ieri, în timp ce făceam dragoste cu prietenul meu, mi-a venit în minte cu imagini foarte vii vulcanul acela, chiar în timp ce făceam dragoste.*

[Mult timp Ella se referise la viața ei sexuală doar prin „etichetări" exterioare de tipul *„a fost satisfăcător/plăcut/neplăcut"* și am fost surprins să o aud aducând în ședință o imagine din „interior" asupra vieții ei sexuale.]

A.: Și care a fost simțământul legat de imaginea vulcanului, în acel moment?

E.: *Oh, m-am simțit foarte bine... ușurată; și am simțit că sunt chiar acolo, cu prietenul meu și nu departe sau în altă parte ca în atâtea alte dăți.*

[Tăcere]

[Eu, pe de altă parte, eram mai degrabă cuprins de teamă: mă simțeam ca un surfer care așteptase multă vreme „valul cel mare" și atunci când acesta apare pe neașteptate trebuie să ia foarte repede o decizie despre cum să-l abordeze; visul și asocierile pe marginea lui aduseseră atât de multe deschideri și trebuia să mă decid rapid pe care dintre ele să o „folosesc".]

A.: Vreme de mulți ani ați vorbit despre dumneavoastră fie ca despre cineva care este plictisitor, neinteresant, searbăd și rece — ca un vulcan sterp și adormit — fie ca despre cineva plin de ură, invidie și resentimente — vulcanul care erupe și riscă să erupă distrugând totul în jur. Se pare că acum puteți fi, în sfârșit, vulcanul care „vorbește"... fără a mai fi un pericol pentru sine sau pentru ceilalți.

[Tăcere lungă, în timpul căreia câteva lacrimi îi curg pe obraji]

E.: *Ieri am făcut un joc cu desene împreună cu niște copii; eram chiar mai încântată de joc decât copiii. Mi-a făcut mare plăcere jocul,*

dar nu era plăcerea pentru bucuria lor, era pentru mine. După aceea am mers la un magazin și mi-am cumpărat un flipchart; mi-l doream de mult timp. Când eram copil îmi doream foarte mult să am o tablă în camera mea, o tablă mică, de jucărie; mă gândeam că dacă aș avea tabla aceea totul s-ar schimba, ar fi minunat... nu le-am cerut-o niciodată alor mei... poate și pentru că nu credeam că o voi căpăta.

A.: Și acum?

E.: *Acum mi-am cumpărat-o din banii mei... am realizat că nu mai trebuie să o primesc de la cineva sau să cer voie să mi-o cumpăr. Am vrut flipchartul și mi l-am cumpărat; o să-mi fie util și pentru munca mea."*

A.: Păreți să descoperiți în același timp și putința, și plăcerea de a vă exprima.

E.: *Da, cred că are legătură și cu imaginea vulcanului. Lava care curge este expresie, e exprimarea liberă a naturii vulcanului, în așa fel încât acesta să nu acumuleze atât de mulă energie încât fie să se fractureze și să se autodistrugă, fie să erupă și să-i distrugă pe toți cei care se află în apropierea lui. Cred că mă voi duce acum acasă și voi desena.*

Ședința următoare [după weekend].

Ella începe prin a mă „informa", pe tonul acela de „relatare de știri" pe care îl cunoșteam atât de bine, că în weekend avusese o nouă ceartă cu tatăl ei, care o acuzase iar că-și neglijează părinții. Apoi continuă cu o temă cu totul nouă și neașteptată:

E.: *Cred că în câteva săptămâni sau luni vă voi cere să reducem numărul de ședințe... de fapt, în ultima vreme am sărit peste o groază de ședințe.*

A.: Și de ce credeți că s-a întâmplat așa?

E.: *Ieri am avut o discuție cu o colegă despre un caz la care lucrăm împreună și ea m-a criticat foarte tare, m-a acuzat că am fost prea agresivă. M-am simțit oribil...*

[Tăcere]

E.: *Nu am avut șocuri în analiza cu dumneavoastră... am încercat întotdeauna să păstrez lucrurile la o oarecare distanță... și m-am gândit întotdeauna doar de bine la analiza cu dumneavoastră și la dumneavoastră... în așa fel încât să nu am șocuri.*

A.: Și, în felul acesta, mi-ați cerut și mie să fiu cât se poate de „blând" cu dumneavoastră...

[Tăcere îndelungată]

E.: *Colega mea... nu trebuia să-mi spună ce mi-a spus. Acum mă simt singură, fără speranță, dar hotărâtă să nu mai aștept nimic de la nimeni.*

A.: Ca un copil dezamăgit, îmbufnat și încăpățânat?

E.: *Da... ura aia... mi-am urât tatăl, îmi doream să moară... și mama mă obliga să stau de vorbă cu el... să-l împac... Îmi venea să-l omor! Acum nu mai sper nimic, nu mai vreau nimic, aș putea să merg pe marginea unei prăpăstii.*

A.: Parcă ar fi vorbele cuiva care tocmai a pierdut pe cineva foarte drag...

E.: *Mi-am omorât tatăl. În mintea mea, l-am omorât... și acum...*

A.: De aceea ați „ținut lucrurile la o oarecare distanță" în analiza cu mine, ca să mă protejați?

E.: *Da, am încercat să nu vă las să mă aduceți în starea asta de FURIE*!

A.: Mai aproape ar fi însemnat riscul de a declanșa furia?

E.: *Prea aproape înseamnă... viol... și asta mă face furioasă.*

[Tăcere]

[Mi-am amintit de visul cu vulcanul și de faptul că, în vis, o „înțepam"; sentimentul pe care și-l amintise, legat de asta, era un amestec de neplăcere și iritare... și mai apăruse și cuvântul „intruziune". M-am gândit însă că riscam să mă „apropii" prea

mult și nu doream nici să abandonez tema reducerii ședințelor, legată probabil, la rândul ei, de aceeași dorință de a păstra sau mări „distanța".]

A.: Și tentativa aceea de anunț despre reducerea ședințelor...? Ați vrut să vedeți dacă mă voi înfuria pe dumneavoastră pentru că intenționați să nu mă mai „vizitați" la fel de des, așa cum s-a înfuriat tatăl dumneavoastră în acest weekend?

[Tăcere lungă]

E.: *Nu știu... poate...*

Câteva comentarii

Am prezentat acest fragment de analiză desfășurat pe parcursul a trei ședințe pentru că el poate oferi o imagine, cred eu, revelatoare asupra modului în care, în anumite momente, se desfășoară procesul analitic.

Explorarea asocierilor legate de vis, travaliul Ellei între ședințe, deschiderea simultană a mai multor planuri de elaborare psihică (descoperirea, în transfer, a fricii, dar și a putinței de a exprima ura și agresivitatea, revelarea, tot în și prin transfer, a ambivalenței ură-iubire în relația cu tatăl) și alternanța mișcărilor „progresive" (autonomizarea dorinței de autoexprimare) și „regresive" (trăirea angoasată și încărcată de vinovăție care a culminat cu „retragerea în sine" din ultima ședință prezentată) sunt doar câteva dintre elementele semnificative pe care am dorit să le ilustrez.

Cititorul avizat va identifica, cu siguranță, și multe alte posibile teme de discuție pe marginea acestei viniete clinice.

Scopul prezentării ei în acest volum nu este însă de a face o discuție exhaustivă asupra desfășurării unei psihanalize, ci de a permite celor interesați, indiferent de gradul lor de informare prealabilă, să-și facă o idee despre ceea ce se întâmplă cu adevărat într-o cură psihanalitică.

Final... sau continuare?

La sfârșitul ultimei noastre ședințe, Ella m-a întrebat dacă aș accepta un cadou din partea ei și mi-a promis că îmi va aduce un tablou pe care avea de gând să-l picteze: imaginea VULCANULUI.

M-am întrebat atunci dacă, în afara semnificației de gratitudine, oferta ei nu însemna și că s-ar simți totuși mai în siguranță dacă vulcanul s-ar afla în cabinetul meu.

Nu știu... poate...

Mulțumesc Ellei pentru acordul de a publica acest fragment de analiză.